



LITERACIA PARA A SAÚDE NA PROVÍNCIA DO HUAMBO

XVIII Curso de Mestrado em Saúde Pública

Sónia Dolores Sapalo Ricardo

Lisboa/2018



LITERACIA PARA A SAÚDE NA PROVÍNCIA DO HUAMBO

Caracterização da literacia para a saúde
através do instrumento HLS-EU-PT®
de uma amostra da população ovimbundu e suas Implicações em saúde pública

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Luís Ângelo Saboga Nunes.

Lisboa/2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo fôlego da vida e pela sabedoria que me tem dado.

Ao Doutor Luís Ângelo Saboga Nunes, pela disponibilidade, paciência e conhecimento que permitiram utilizar todas as ferramentas para que o presente estudo fosse possível.

Ao Doutor Paulo Sousa, coordenador do Curso de Mestrado em Saúde Pública por todo apoio prestado.

Ao Doutor Pedro Aguiar pela sua paciência e dedicação na revisão do trabalho estatístico.

À Doutora Isabel Andrade pelo apoio na adequação à norma de referenciação bibliográfica (NP 405-1).

Às minhas colegas: Aquelina Imaculada, Geandry Péres, Jennifer Ferreira, Lídia Raquel e Mirna Oliveira pelo espírito de companheirismo no decorrer do Curso e ao Doutor Wolmir Péres pela ajuda que me concedeu relativamente à análise dos dados.

Aos meus Pais Cesário Sapalo e Ester Domingas Mateus Sapalo agradeço pela dedicação e por me ensinarem em tenra idade o caminho que devia trilhar.

Um agradecimento especial ao meu querido Irmão Mateus Aguiar, sem Ele não seria possível a concretização do Curso e às minhas estimadas Irmãs Raquel Amitay e Ivoneia Tecla pelo apoio incondicional que sempre me deram.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus filhos Gerson e Doljon dos Anjos,
abdicando da sua companhia, provisoriamente, para alcançar este objetivo da
minha formação.*

RESUMO

Literacia para a saúde (LS) é a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde.

O objetivo deste trabalho é o de avaliar os níveis de literacia para a saúde numa amostra da população do Huambo, de etnia ovimbundu. Através do questionário de literacia para a saúde (HLS-EU-PT) adaptado ao contexto Angolano (LiSan), o qual revelou ter ótima fidelidade interna (Alfa de cronbach 0,91) pretende-se analisar as implicações em saúde pública dos níveis de LS.

A amostra de conveniência constituída por 154 indivíduos, com idades compreendidas entre 18-70 anos tem uma média de 32 anos. O género feminino representa 67,3% dos inquiridos. Do total da amostra 16,2% indicaram estar afetados por doença de longa duração.

Os resultados obtidos revelam que apenas 18,6% dos inquiridos têm um nível de LS Alta e 81,4% uma LS Baixa. Existe correlação significativa entre LS e a idade: à medida que a idade aumenta diminui a LS. Conclui-se assim que apesar de não haver correlação entre a LS e os indicadores de saúde estudados, a elevada percentagem de inquiridos com precária LS, sugere a necessidade de um investimento particular na compreensão do papel da LS na promoção da saúde pública neste contexto cultural, particularmente com estudos mais alargados. Assim, revela-se a pertinência de aprofundar a temática da promoção da saúde, junto da população ovimbundu da Província do Huambo.

Palavras-chave: literacia para saúde, HLS-EU-PT®, Huambo.

ABSTRACT

Health Literacy (LS) is an awareness process of learning and acting in the development of a person's comprehensibility, manageability and meaningfulness capacities, favorable to health promotion.

The objective of this research is to evaluate the levels of health literacy in a sample of the population of Huambo, from Ovimbundu ethnicity. Through the European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-PT) adapted to the Angolan context (LiSan), the evaluation of LS revealed optimal internal consistency (Cronbach Alfa: 0,91). Therefore the aim of this study is to explore HL public health implications.

The convenience sample consisted of 154 individuals, aged between 18-70 years with an average of 32 years. The most represented group are women with 67.3% of the total sample. Some participants (16.2%) were able to specify long-term illness that affected them.

The results show that only 18.6% of the respondents have a good LS level and 81.4% show low levels of LS. There is a significant correlation between LS and age, showing that older participants have lower levels of LS. It is concluded that although there is no correlation between LS and the health indicators considered in this research, the high percentage of low levels of LS suggests the need for further studies that should deepen the understanding of the role that LS plays in public health. This emphasizes the extensive work that needs to be done in terms of health promotion among the Ovimbundu in Huambo.

Keywords: health literacy, HLS-EU-PT®, Huambo.

Lista de abreviaturas

EUA- Estados Unidos de América

HLS-EU-PT® - Questionário Europeu de Literacia para a saúde Health Literacy Survey in Portuguese Versão autorizada www.literacia-saude.info.

IOM- Institute of Medicine

LiSHua- Literacia para a Saúde no Huambo

LS- Literacia para a Saúde

MINSA- Ministério da Saúde

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PNDS- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

Lista de figuras

<i>Figura 1. Modelo estruturante para a concepção e operacionalização do conceito de literacia para a saúde.</i>	<i>19</i>
<i>Figura 2. Localização geográfica da Província de Huambo</i>	<i>22</i>
<i>Figura 3. Modelo da Administração Sanitária de Angola.</i>	<i>26</i>
<i>Figura 4. Síntese de avaliação da literacia para a saúde e suas relações com o estado de saúde da amostra da população ovimbundu.....</i>	<i>37</i>

Lista de quadros

<i>Quadro 1. Itens do questionário avaliados como indicadores do estado de saúde da amostra da população ovimbundu.....</i>	<i>38</i>
<i>Quadro 2. Operacionalização das variáveis do Estudo.....</i>	<i>39</i>
<i>Quadro 3. Dimensões da LiSan</i>	<i>40</i>
<i>Quadro 4. Questionário – questões incluídas no grupo 3.....</i>	<i>40</i>
<i>Quadro 5. Questões sobre medicina tradicional.....</i>	<i>42</i>
<i>Quadro 6. Classificação da Literacia para a saúde.....</i>	<i>43</i>
<i>Quadro 7. Síntese dos resultados da amostra da população ovimbundu de n=154 indivíduos</i>	<i>47</i>
<i>Quadro 8. Síntese do resultado do teste de Correlação do Qui-quadrado entre a LS e os dados Sociodemográficos e económicos.....</i>	<i>62</i>

Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribuição percentual da amostra de acordo com o género.....	48
Gráfico 2. Distribuição percentual da amostra de acordo com a faixa etária.....	49
Gráfico 3. Distribuição percentual da amostra de acordo com o nível de educação	50
Gráfico 4. Distribuição percentual da amostra de acordo com o rendimento	50
Gráfico 5. Distribuição percentual da amostra de acordo com os níveis de LS	51
Gráfico 6. Distribuição percentual da amostra de acordo com a LS recodificada em duas categorias.....	52
Gráfico 7. Distribuição percentual da amostra de acordo com o indicador G.1.15. <i>Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia?</i>	52
Gráfico 8. Distribuição percentual da amostra de acordo com o indicador G.4.1. <i>Como está a sua saúde no geral?</i>	53
Gráfico 9. Distribuição percentual da amostra de acordo com indicador G.4.2b. <i>Pode especificar qual a doença de longa duração ou problema de saúde?</i>	54
Gráfico 10. Distribuição percentual da amostra de acordo com o indicador G.7. <i>Durante os últimos 12 meses bebeu qualquer bebida alcoólica?</i>	54
Gráfico 11 “... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causa preocupação?”	55
Gráfico 12 “... encontrar informação sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?”	56
Gráfico 13 “... descobrir o que fazer em caso de uma emergência?”	56
Gráfico 14. “... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?”.....	57
Gráfico 15 “... compreende o que o seu naturalista lhe diz?”.....	57
Gráfico 16 “... compreende a bula (folhetos) que acompanham o seu medicamento?”	58
Gráfico 17 “... compreende o que fazer numa emergência médica?”	58
Gráfico 18 “compreender instruções sobre o modo de tomar um medicamento receitado?”	59
Gráfico 19 “... avaliar como é que a informação oriunda do seu médico ou naturalista se aplica ao seu caso?”	59
Gráfico 20 “... vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?”.....	60
Gráfico 21 “... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico ou naturalista?”	60
Gráfico 22 “... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?” (por ex. TV, Internet, Folheto informativo ou outros meios de comunicação).....	61
Gráfico 23 “... usar informação que lhe dão para tomar decisões sobre a sua doença?”	61
Gráfico 24 “... seguir instruções sobre a medicação”	62
Gráfico 25. Distribuição percentual da LS de acordo com o género.....	63
Gráfico 26. Correlação da LS de acordo com a faixa etária.....	64
Gráfico 27. Correlação da LS de acordo com o nível de educação	65
Gráfico 28. Correlação da LS de acordo com o rendimento	66
Gráfico 29. Correlação da LS de acordo com o indicador G.1.1 5 “Necessita de alguém para ajudar a ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia?”	67
Gráfico 30. Correlação da LS de acordo com o indicador G.4.1 “Como está a sua saúde no geral?”.....	68
Gráfico 31. Correlação da LS de acordo com indicador G.4.2b. “Pode especificar qual a doença de longa duração ou problema de saúde?”	69
Gráfico 32. Correlação da LS de acordo com o indicador G.7.1. “Durante os últimos 12 meses bebeu qualquer bebida alcoólica?”	69

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
DEDICATÓRIA	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
Lista de abreviaturas	vii
Lista de figuras	viii
Lista de quadros	ix
Lista de tabelas.....	Erro! Marcador não definido.
Lista de gráficos.....	x
ÍNDICE.....	xi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1. Da Literacia à Literacia para a Saúde.....	4
1.1. Origem e evolução	5
1.2. Conceitos de Literacia para a saúde.....	6
1.3. Literacia para a Saúde e Saúde Pública	10
1.3.1. Literacia para a saúde e género	13
1.3.2. Literacia para a saúde e idade.....	13
1.3.3. Literacia para a saúde e nível de educação.....	14
1.3.4. Literacia para a saúde e rendimento.....	14
1.3.5. Literacia para a saúde e doenças de longa duração	14
1.3.6. Literacia para a saúde e álcool	15
1.4. O papel da Literacia para a Saúde e promoção da saúde	16
1.5. Contexto de Investigação	20
1.5.1. Região administrativa do Huambo.....	24
1.5.2. Sistema de saúde Angolano	25
1.5.3. Plano nacional de saúde em Angola	28
1.5.4. Programa para promoção de saúde em Angola.....	30
1.5.5. Medicina tradicional angolana	32
CAPÍTULO II. OBJETIVOS.....	35
2.1. Objetivo Geral	35
2.2. Objetivos Específicos.....	35
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	36

3.1. Definição do problema.....	36
3.2. Pergunta de investigação	36
3.3. Hipóteses de investigação.....	36
3.4. Construção do modelo de análise.....	37
3.4.1. Avaliação e operacionalização do nível de literacia para a saúde	39
3.4.2. Literacia para a saúde e género	43
3.4.3. Literacia para a saúde e Idade.....	43
3.4.4. Literacia para a saúde e nível de educação.....	43
3.4.5. Literacia para a saúde e rendimento.....	44
3.4.6. Literacia para a saúde e doenças de longa duração	44
3.4.7. Literacia para a saúde e álcool	44
3.5. Desenho do estudo	44
3.6. População alvo	45
3.7. Amostra	45
3.8. Método de recolha de dados	45
3.9. Tratamento de dados.....	46
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	47
4.1. Análise descritiva dos dados sociodemográficos e económicos (género, idade, nível de educação, rendimento).....	48
4.2. Validade do instrumento de medição da literacia para a saúde	51
4.3. Análise descritiva dos Indicadores de saúde.....	52
4.4. Medicina Tradicional	55
4.4. Estatística Inferencial	62
4.4.1. Análise da LS e os dados sociodemográficos	62
4.4.2 Literacia para a saúde e género	63
4.4.3. Literacia para a saúde e Idade.....	63
4.4.4. Literacia para a saúde e nível de educação.....	64
4.4.5. Literacia para a saúde e rendimento.....	65
4.4.6. Análise da LS e os Indicadores de Saúde.....	66
4.4.7. Literacia para a saúde e doenças de longa duração	68
4.4.8. Literacia para a saúde e álcool	69
CAPÍTULO V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
5.1. Validade do instrumento de medição da literacia para a saúde	70
5.2. Literacia para a saúde e género	71
5.3. Literacia para a saúde e Idade.....	71
5.4. Literacia para a saúde e educação	71

5.5. Literacia para a saúde e rendimento.....	72
5.6. Literacia para a saúde e doenças de longa duração	72
5.7. Literacia para a saúde e álcool	73
CAPÍTULO VI. CONCLUSÕES	76
CAPÍTULO VII. LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	80
BIBLIOGRAFIA.....	83
ANEXOS	92
Anexo 1. Questionário LiSan	92
Anexo 2. Estatística Descritiva da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu	104

INTRODUÇÃO

A literacia para a saúde (health literacy) tem vindo a assumir uma centralidade crescente nas reflexões sobre os sistemas de saúde e sua sustentabilidade, na interação dos indivíduos com estes sistemas em todas as suas dimensões bem como na qualidade de vida e bem-estar do cidadão. Isto tem sido impulsionado pela OMS desde a conferência de Nairobi em 2009, e, depois de modo muito relevante na última conferência em Shangai 2016 (OMS, 2017). Assim a Literacia para a Saúde (LS) é hoje um tema incontornável em Saúde Pública, na procura de soluções para os problemas de saúde que afligem a população, pois certos problemas que hoje afetam a saúde das populações prendem-se com o nível de LS dos cidadãos. Este trabalho pretende debruçar-se sobre esta temática no contexto Angolano, particularmente na Província do Huambo.

A escolha do tema é pertinente tanto pelo desafio que se pode obter com o uso de novas ferramentas, como pela capacidade de explorar novas formas de analisar, compreender e atuar em saúde pública. Deste modo pretende-se obter maior conhecimento que permita ajudar a construir soluções para problemas sociais que afetam o quotidiano do indivíduo, família e comunidade.

A Província do Huambo foi o local escolhido para desenvolver o estudo. Localizada a sul de Angola, tem mais de 2 milhões de habitantes, possuindo uma cultura distinta do resto do território angolano.

O objetivo deste estudo é o de avaliar os níveis de literacia para a saúde (LS) em uma amostra da população do Huambo, de etnia ovimbundu, através do questionário sobre literacia para a saúde (HLS-EU-PT®) adaptado ao contexto Angolano e posteriormente apresentar possíveis contribuições que visem a promoção da saúde pública.

De modo a tornar este objetivo operacional recorreremos ao método quantitativo utilizando uma amostra da população da província do Huambo. Aqui procurámos, primeiramente, perceber que literacia para a saúde apresentam os cidadãos e cidadãs da cidade do Huambo.

A compreensão dos hábitos e costumes de uma cultura forte (ovimbundu) é importante para depois empreender estratégias de saúde pública que possam no quadro dos serviços de saúde locais, trazer contributos para a promoção da saúde.

A este tema central foi associada a problemática da medicina tradicional dado o papel que ela desempenha na sociedade angolana. O tema da medicina tradicional remete para práticas e costumes ancestrais que se apresentam como resposta aos problemas de doença e manutenção ou promoção da saúde, configurando uma LS específica. Atualmente a medicina tradicional coabita na sociedade angolana com a medicina moderna de cariz técnico-científico, sendo esta coabitação objeto de análise. Foi realizado na Província do Huambo em agosto de 2004 um seminário regional (que abrangeu as províncias do Huambo, Bié e Benguela) sobre medicina tradicional e práticas complementares sob o lema “O resgate e a valorização da medicina tradicional segura ao serviço da saúde”. O seminário teve como objetivo a partilha de experiência em medicina tradicional, entre instituições públicas e privadas, sociedade civil, universidades, cientistas, investigadores, terapeutas e autoridades tradicionais. Visando a integração das práticas da medicina tradicional no Sistema Nacional de Saúde, procura-se garantir cuidados de assistência médica e medicamentosa às populações, com eficácia, segurança e qualidade (Angop, 2004).

Num outro evento sobre “integração da medicina tradicional no sistema de saúde”, “formação e capacitação de recursos humanos” Carlos Alberto Masseca (Vice-Ministro da Saúde) afirmou no Huambo, que a medicina tradicional e os seus terapeutas constituem uma fonte de conhecimento que as universidades e institutos angolanos deverão utilizar, para que o País não seja apenas consumidor do conhecimento, mas também produtor do mesmo (Info-Angola, 2012). Assim se destaca a preocupação e importância que há no que concerne às práticas e integração da medicina tradicional no sistema nacional de saúde.

Assim, neste estudo a recolha de dados foi realizada por conveniência junto dos residentes da província do Huambo, tendo como principais locais de recolha o Hospital Central do Huambo e o mercado informal de Cacilhas.

A primeira parte deste trabalho está relacionada com o enquadramento, onde se discute filologicamente o conceito de literacia para a saúde a partir de diversos autores, aborda-se também a situação geográfica de Angola e da província do Huambo (ovimbundu), seguindo-se uma apresentação sintética do sistema de saúde angolano e do plano nacional de desenvolvimento sanitário de Angola.

A segunda parte do trabalho está relacionada com os objetivos do estudo, metodologia, resultados, discussão dos resultados, conclusões e recomendações.

É neste contexto que se insere o presente estudo, com o qual se pretende indagar o estado da arte sobre este tema da LS junto da população do Huambo, inserindo-se o mesmo numa perspetiva de alargamento do estudo preliminar realizado por Santos, em 2016 na Província de Luanda.

Nesta investigação realçamos as implicações da LS, junto dos cidadãos da Província do Huambo, clarificando o ponto de partida (diagnóstico) a partir do qual a ajuda às populações se pode estruturar.

Este trabalho pretende dar mais um contributo à compreensão do papel que a LS pode desempenhar. O estudo foi realizado junto de uma amostra de 154 indivíduos, utilizando o instrumento HLS-EU-PT®, adaptado ao contexto angolano (LiSan). Por seu intermédio podemos obter alguns resultados e correlacionar a LS com dados sociodemográficos e alguns indicadores de saúde.

Para a indicação da bibliografia optamos pela norma portuguesa (NP 405-1).

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Da Literacia à Literacia para a Saúde

O dia 8 de setembro foi designado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o Dia Internacional da Literacia. Esta organização decidiu, em 2003, instituir a Década da Literacia, a qual decorreu de 2003 a 2012. As comemorações tiveram como objetivo salientar a importância da literacia na vida das pessoas e da sociedade.

Anteriormente, o termo literacia estava relacionado com a capacidade para ler, escrever, usar a linguagem e comunicar. Mais recentemente, o conceito de literacia alargou-se, como estabelece a definição da UNESCO: “Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos”.

“A literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade.” (UNESCO, 2003).

“Ao longo da História, tanto em países ricos como em países pobres, a literacia tem sido reconhecida como parte essencial da busca da liberdade, um princípio central do desenvolvimento em si mesma.” (UNESCO, 2003).

Esta perceção tem uma importância vital tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento.

Os níveis de literacia, que estão normalmente, mas não sempre, relacionados com os níveis de educação, são indicadores importantes de emprego, participação ativa na comunidade e estado de saúde. São também indicadores importantes do sucesso de uma nação. (Canada, 1999)

Em resumo, a literacia promove a socialização, pois dá acesso a bens culturais, sendo por isso um fator propulsor do exercício consciente da cidadania. Assim, a literacia pode ser considerada como um dos recursos mais

importantes de uma sociedade, pois afeta positivamente o estatuto socioeconómico e o estatuto da saúde de pessoas e comunidades.

1.1. Origem e evolução

O termo literacia foi introduzido na década de 70 por Scott Simonds (1974). O mesmo tem vindo a ser utilizado para recobrir um novo conceito acerca das capacidades de leitura e de escrita: pretende distinguir-se de alfabetização por não ter em conta o grau formal de escolaridade a que esta, tradicionalmente, estava ligada. Enquanto alfabetização se refere à condição de se ser (ou não) iniciado na língua escrita, independentemente do grau de domínio que dela se tenha, o conceito de literacia adquire um significado mais vasto, referindo capacidades de utilização da língua escrita (Delgado-Martins, 2000).

Assim, alfabetização refere um conhecimento obtido, estável, enquanto literacia designa um conhecimento processual, em aberto (Delgado-Martins, 2000).

Kickbusch defende que a educação e a literacia são determinantes importantes na saúde, e a literacia para a saúde (LS) seria uma discreta forma de literacia que ganhava importância para o desenvolvimento económico e social. Esta autora considerava já alguns desafios como o desenvolvimento de ferramentas para a avaliação da LS, a quantificação do seu impacto na qualidade de saúde, devendo existir intervenções em saúde pública que melhorem a LS (Kickbusch, 2001).

A LS tem sido uma vibrante área de pesquisa científica em que diversos investigadores nos têm elucidado em relação à sua importância (Baker, 2006). De acordo com Ratzan (2001), o seu uso foi feito num contexto muito diferente comparativamente ao atual, Simonds utilizou o termo literacia na argumentação de um caso de educação para a saúde em contexto escolar, afirmando que seria possível aos alunos possuírem literacia em áreas distintas como história ou ciência, bem como na saúde (Tones, 2002).

Nos Estados Unidos, onde se fizeram os primeiros trabalhos sobre LS, o Instituto de Medicina, da Academia Nacional das Ciências, define LS como “o grau em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e compreender informação de saúde básica” (Institute of Medicine, 2004).

1.2. Conceitos de Literacia para a saúde

Realizou-se uma revisão da literatura com o objetivo de identificar as definições de LS. Apesar da sua importância e do seu maior reconhecimento, não há consenso quanto à sua definição ou quanto à sua dimensão concetual, o que limita a possibilidade de aferição e comparação.

Para a OCDE LS inclui a capacidade que os pacientes têm de comunicar com os profissionais de saúde, ler informação médica, tomar decisões acerca de tratamentos, seguir regimes médicos e decidir quando e como procurar ajuda médica. Vários estudos realizados pela OCDE demonstraram que uma baixa LS, embora mais prevalente em populações com fracos recursos, afeta pessoas de todas as idades, etnias e estratos económicos. Um dos relatórios do referido instituto demonstrou que quase metade dos adultos norte-americanos têm uma baixa LS. Uma pesquisa posterior mostrou que a LS está associada aos resultados nos cuidados de saúde (OCDE, 2012).

Na década de 90, o “American Ad Hoc Committee on Health Literacy” em missão do Council on Scientific Affairs of the American Medical Association, definiu a LS como sendo uma constelação de aptidões incluindo as capacidades de leitura e escrita, bem como de matemática, que tornam possível funcionar num ambiente de cuidados de saúde. Os pacientes com LS adequada são mais capazes de ler, compreender e agir perante a informação da saúde (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association, 1999).

Já Nutbeam (2000) refere à LS como o resultado das aptidões individuais, cognitivas e sociais que capacitam os indivíduos no acesso, na compreensão e na utilização de informação que promova e mantenha a saúde. O modelo criado pelo autor considera o aumento do conhecimento, a compreensão dos determinantes da saúde e a mudança de comportamentos, como resultados relacionados com atividades de educação para a saúde.

Nutbeam afirma que as definições de LS conhecidas até 2000 falham muito no seu significado mais profundo e objetivo da literacia para a população. Propõe três níveis de LS: a literacia básica/funcional, em que os conhecimentos básicos de leitura e escrita permitem lidar eficazmente com as situações do

dia-a-dia; a literacia comunicativa/interativa, com aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas e que, em conjunto com aptidões sociais, pode ser uma ferramenta essencial para participar em atividades do dia-a-dia, extrair informação e aplicá-la mesmo quando as circunstâncias se alterem; por último, a literacia crítica que envolve capacidades individuais mais avançadas, permitindo a análise crítica da informação e a sua utilização para exercer controlo sobre eventos da vida. Esta classificação indica que os diferentes níveis de LS vão progressivamente permitindo maior autonomia e *empowerment* individual. Nutbeam enquadra a definição de LS da OMS na literacia interativa e crítica.

Ratzan et al., afirma que a LS é o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informação básica relacionada com a saúde e serviços disponíveis, que permita tomar decisões de saúde apropriadas (Ratzan et al., 2000).

Uma abordagem mais simples e funcional é-nos dada pelo Center for Health Care Strategies, segundo o qual, a LS é a capacidade de ler, compreender e agir mediante informação de saúde (Center for Health Care Strategies Inc, 2000).

A LS é um direito de cidadania, e como tal é parte fundamental nas aptidões necessárias para funcionar na sociedade (Kickbusch, 2006). Entre as competências da LS fazem parte: competências básicas de saúde e a sua aplicabilidade na promoção e proteção da saúde, na prevenção da doença e no autocuidado; competências do paciente na utilização do sistema de saúde e agir em parceria com os profissionais do sector; competências de consumo, nomeadamente a tomada de decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos enquanto consumidor; competências enquanto cidadão informado através do voto e participação ativa na comunidade, conhecimento dos direitos de saúde e participação em organizações de saúde e de doentes (Kickbusch, 2006).

A mesma autora define LS como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no dia-a-dia, seja em casa, na comunidade, no local de trabalho, no acesso aos serviços de saúde, no mercado de trabalho ou na

esfera política. Kickbusch (2006) considera a LS uma estratégia crítica de *empowerment* que permite o controlo sobre a saúde individual, a capacidade de procurar informação e assumir responsabilidades.

A LS é igualmente relevante para a população que não recorre ao sistema de saúde¹, podendo ser entendida como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e comunicar a informação como forma de promover, manter e melhorar a saúde nos mais diversos contextos da vida. Esta definição sugere a LS como recurso para a vida diária, nos mais diversos cenários, e reconhece que o nosso estado de saúde e aprendizagem estão intimamente ligados em todos os estádios da vida (Rootman, 2008).

O conceito de LS inclui a informação disponível e a capacidade de tomada de decisão que ocorre no local de trabalho, no supermercado, em ambiente social com família ou amigos, e na sua relação com as variadas fontes de informação e decisões que diariamente têm impacto na saúde (Peerson, 2009).

A definição de literacia utilizada por Freedman expande a ênfase para além do indivíduo, passando a incluir o grupo, a denominada literacia em saúde pública (Freedman et al., 2009). Complementar à LS individual e aos resultados em saúde, essa definição inclui uma compreensão da comunidade, das informações, bem como da capacidade individual de avaliar e participar em ações cívicas relacionadas com a saúde (Freedman et al., 2009).

Existem, portanto, várias definições com diferentes abordagens da LS: do foco individual ao nível mais amplo, de um conceito estático a um processo dinâmico expectável de mudar ao longo do tempo de acordo com as experiências, mudanças no sistema de saúde, tecnologia e na sociedade (Berkman et al., 2010).

Dez anos mais tarde Berkman et al. (2010) sugere pequenas alterações na definição utilizada por Ratzan, 2000 entendendo a LS como o grau em que os indivíduos são capazes de obter, processar, compreender e comunicar acerca de informação relacionada com a saúde, que permita tomar decisões de saúde informadas.

¹ A autora considera sistema de saúde a estrutura onde se pratica a medicina convencional.

Outras definições mais abrangentes foram surgindo, realçando a importância da capacidade de obter, processar e compreender a informação relacionada com a saúde, de forma a ser possível uma melhor tomada de decisão e a consequente melhoria da saúde (Frisch, 2011).

Sørensen et al., (2012) analisou, em 19 publicações sobre a definição de LS, uma característica comum a todas: a mesma foi, caracterizada como resultado do reconhecimento da importância das habilidades individuais para obter, processar e compreender a informação e os serviços de saúde, necessários para tomar decisões de saúde adequadas.

Desde então, a LS adquiriu um significado técnico de crescente importância na saúde pública e nos cuidados de saúde. O conceito tem evoluído no sentido da ligação com a capacidade individual de cada um de nós em responder às crescentes exigências da saúde, na sociedade moderna (Sørensen et al., 2012).

Sørensen et al., chegaram a um conceito abrangente de LS que procura aglutinar a essência de diferentes definições da mesma (Sørensen et al., 2012). O autor define a LS interligada com a literacia englobando o conhecimento individual, motivação e competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, permitindo a capacidade crítica e de decisão no quotidiano e em assuntos relacionados com cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e que permite a manutenção ou melhoria da qualidade de vida (Sørensen et al., 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define LS como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter uma saúde ótima (WHO, 2013).

De forma geral, a LS implica dar ênfase à própria saúde, à saúde da família e da comunidade através da compreensão de quais os fatores que a influenciam, bem como o modo de lidar com os mesmos. Um indivíduo com um nível adequado de LS tem a capacidade de assumir responsabilidade pela sua própria saúde. Por esse motivo, é importante que a LS seja diferenciada da Literacia em geral (Kickbusch et al., 2013).

Assim Saboga-Nunes define literacia para a saúde como a “conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde”. (Saboga-Nunes, 2014, p.95).

A LS, intimamente ligada à capacitação pode ser caracterizada como "a capacidade dos cidadãos em tomar decisões em matéria de saúde no dia-a-dia de vida, em casa, no trabalho, nos cuidados de saúde, ou na vida política" (Sørensen K. et al., 2015).

Há uma ação recíproca entre a LS e os maus resultados em saúde, bem como a utilização evitável dos serviços de saúde, sendo necessárias melhorias significativas na saúde e na comunicação dos cuidados e sistemas de saúde existentes para que haja uma diminuição da associação entre a LS e a mortalidade (Baker et al., 2007).

1.3. Literacia para a Saúde e Saúde Pública

A LS implica a aquisição de um nível de conhecimento, capacidades individuais e confiança na tomada de decisão, tendo por objetivo a melhoria da saúde individual e saúde pública, ao modificar comportamentos e formas de vida. LS é mais do que a capacidade de ler panfletos e marcar consultas, é um ponto crítico no *empowerment*, pois permite a melhoria significativa do acesso à informação e o seu uso efetivo (OMS, 1998). Níveis baixos de LS afetam de forma direta a saúde individual ao limitar o desenvolvimento pessoal, social e cultural (OMS, 1998).

De acordo com a Associação Médica Americana, a baixa LS é “um prognóstico mais forte da saúde individual do que a idade, rendimentos, estatuto profissional, nível académico ou etnia” (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association, 1999).

Para Nutbeam (2000), a LS implica resultados como melhoria do conhecimento e compreensão dos determinantes de saúde, alteração das atitudes e motivações relacionadas com os comportamentos em saúde, bem como uma autoeficácia melhorada na definição de tarefas.

Segundo Zarcadoolas, o indivíduo deve ser capaz de usar conceitos de saúde e informação disponível, ser voz ativa e participativa na sociedade. A LS tem impacto no estado de saúde, na demografia, em fatores psicossociais, sociopolíticos e culturais. É um conjunto de capacidades e competências desenvolvidas que permitem procurar, compreender, avaliar e utilizar a informação e conceitos de saúde de forma a realizar escolhas informadas, reduzir riscos para a saúde e aumentar a qualidade de vida (Zarcadoolas, 2005).

A limitada LS já foi associada a piores resultados em saúde (De Walt et al., 2004), bem como a sua associação com indicadores socioeconômicos como habilitações literárias ou idade (Kutner et al., 2006). A LS afeta diretamente comportamentos críticos na saúde, essenciais no acesso ao sistema de saúde, na gestão da doença crônica e na promoção da saúde. A baixa LS é um preditor de ineficiência geral da utilização dos serviços de saúde, resultando em gastos e desperdícios dos recursos existentes (Berkman et al., 2011).

Para além de possibilitar a comunicação clara entre o sistema de saúde e o paciente, a LS permite a compreensão da condição clínica e da melhor forma de a tratar. A LS torna-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde, especialmente nos primários, pois à medida que a idade aumenta, aumenta também o risco de aparecimento de doenças crônicas e limitações funcionais, estando estes problemas diretamente associados à inadequada LS (Kobylarz et al., 2006). Mais concretamente, baixos níveis de LS estão diretamente relacionados com um maior número de hospitalizações, uma maior utilização dos serviços de urgência, uma menor adesão à terapêutica e uma capacidade reduzida de interpretar rótulos e mensagens de saúde, sendo responsável por fracos resultados em saúde (Berkman et al., 2011).

Em 2003 foi realizado um estudo nos EUA, o National Adult Literacy Survey (NALS), que envolveu mais de 19.000 pessoas, acima dos 16 anos, com o objetivo de avaliar os níveis de LS através resolução de tarefas relacionadas com os três domínios presentes na definição de LS, adotada pelo estudo (IOM, 2004): clínico, preventivo e de navegação no sistema de saúde. O estudo demonstrou que cerca de um quarto da população norte-americana (cerca de 40 milhões de pessoas) não possuía uma literacia funcional e revelou as

consequências que a incapacidade de utilizar o sistema de saúde e de compreendê-lo produz, não possibilitando um funcionamento eficiente, nos cuidados necessários à população e dificultando que se obtenham ganhos em saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Segundo o quadro conceitual do IOM, existe uma associação entre os fatores sociais e individuais e as capacidades que contribuem para a LS como a educação, a cultura e a linguagem. Igualmente importantes são as aptidões de comunicação e avaliação no que diz respeito à saúde individual e dos meios de comunicação e as agências governamentais na transmissão de informação relativa à saúde (IOM, 2004). Segundo o quadro conceitual do IOM, existem três áreas em que é possível intervir e que influenciam a LS: os sistemas educativos, os sistemas de saúde e os fatores sociais e culturais, contribuindo para os custos e resultados em saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

A baixa LS afeta a saúde do utente/paciente ao aumentar a utilização e reutilização dos serviços de urgência (Griffey et al., 2014) bem como o risco de hospitalização ou internamento (Baker et al., 1998) estando inclusivamente, relacionada com a mortalidade em indivíduos acima dos 52 anos de idade, e podendo ser um elemento preditor da mesma (Bostock et al., 2012). Segundo Parker (2000), a génese dos problemas da LS não se encontrará somente no sistema educativo, mas também nos próprios prestadores de cuidados de saúde, ao assumirem que deve ser o próprio utente a responsabilizar-se pelo seu autocuidado, numa altura em que os sistemas de saúde estão cada vez mais fragmentados, complexos, especializados e tecnologicamente sofisticados.

Baker refere que no meio clínico, a capacidade verbal de um paciente está relacionada com a sua aptidão para descrever sintomas, o que pode afetar um diagnóstico de saúde. Por sua vez, a capacidade de compreensão do paciente pode afetar a compreensão das instruções médicas. A literacia dos pacientes influencia diretamente o acesso a informação crucial sobre os seus direitos e cuidados de saúde, quer envolva seguir as instruções de tratamento, fazer terapêutica, compreender informação relacionada com a doença quer aprender sobre a prevenção da doença ou promoção da saúde. Os níveis de literacia podem afetar diretamente o acesso a cuidados de saúde; por exemplo, a

difficuldade no preenchimento de formulários de saúde ou de seguros pode atrasar a procura de serviços médicos. Por último, a baixa literacia, que muitas vezes é acompanhada por sentimentos de embaraço ou vergonha, pode diminuir a capacidade dos pacientes de demonstrarem os seus receios (Baker, 1998).

Assim a amplificação da literacia para o campo da saúde, revestiu-se de um natural processo de desenvolvimento.

1.3.1. Literacia para a saúde e género

Um estudo de Sörensen (2015) sobre as diferenças entre géneros e a LS revela pequenas diferenças entre ambos, com os indivíduos do sexo masculino a apresentarem valores ligeiramente inferiores. Lee et. al (2015), aplicando diferentes ferramentas de avaliação, concluíram que as mulheres apresentam valores mais elevados de LS, estando associado, por exemplo, a níveis de escolaridade superiores. Mulheres, com idade superior a 65 anos, apresentaram valores mais elevados de LS do que os homens (Tomás, 2014).

Também noutro estudo, realizado na Austrália e relacionado com a doença mental, os valores de LS do género masculino são inferiores aos do género feminino com eventuais repercussões na intervenção precoce de patologias psiquiátricas, segundo os autores (Cotton et. al, 2006).

1.3.2. Literacia para a saúde e idade

Sörensen (2015), no seu trabalho sobre o estudo europeu da LS, revela uma correlação significativa entre a idade e LS, piorando esta com o avançar dos anos. A partir do instrumento de avaliação HLS-EU-Q, Cunha et. al (2014) apresenta resultados que revelam que os jovens adultos apresentam resultados médios de LS superiores aos dos indivíduos mais idosos, concluindo que a LS apresenta mudanças de acordo com o ciclo de vida. Outros estudos mantêm as mesmas conclusões. Baker et. al (2000), por exemplo, através da aplicação do TOFHLA, conclui que existe uma diminuição do resultado da literacia por cada ano aumentado na idade da amostra.

1.3.3. Literacia para a saúde e nível de educação

Em estudos realizados sobre LS, foram encontrados valores mais baixos de LS nos indivíduos com níveis de educação inferiores (Tomás, 2014).

O nível de educação dos indivíduos proporciona uma vida melhor, possibilitando o aumento do rendimento, melhorando a forma como cada um olha para o futuro, fazendo com que as pessoas se sintam mais motivadas a investir no seu futuro. Um nível de educação adequado aumenta a aptidão de acesso à informação e ao pensamento crítico, o que significa que uma nova informação relacionada com a saúde pode ser aproveitada de forma mais eficaz (Loureiro, 2010).

A mesma autora alega que indivíduos com um nível de educação elevado, parecem ter um autocontrolo e autoestima mais elevados, o que pode estar associado a uma melhor saúde; uma vez que tendem a evitar comportamentos de risco, tais como o tabagismo, e a promover a sua saúde, através de hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular (Loureiro, 2010).

1.3.4. Literacia para a saúde e rendimento

Em relação ao estatuto socioeconómico, os valores mais elevados de LS são encontrados nos adultos trabalhadores e os níveis mais baixos pertencem aos adultos reformados a viver abaixo do limiar da pobreza (Tomás, 2014).

Sörensen et al. (2015) refere uma forte correlação entre a LS e a privação financeira, considerando alguns fatores em conjunto como o rendimento líquido mensal baixo, a dificuldade em pagar contas ou comprar medicação. Cunha et al. (2014) refere uma LS adequada nos indivíduos com rendimentos considerados médio-altos.

1.3.5. Literacia para a saúde e doenças de longa duração

Diversos autores realçam a LS associada a doenças de longa duração: por exemplo, na diabetes, a LS está associada ao conhecimento da doença, autossuficiência e autocuidado do utente, bem como o controlo da glicemia. Afeta inúmeras facetas da doença, nomeadamente as suas complicações,

como seja, o incorreto controlo da glicemia, na medida em que há desconhecimento dos sintomas associados à hipoglicemia com risco de ocorrência de eventos adversos (Cavanaugh, 2011) ou taxas mais elevadas de retinopatia diabética (Schillinger et al., 2002). Situação semelhante regista-se em relação a outra doença crónica, a hipertensão arterial (HTA), em que a inadequada LS funciona como uma barreira à educação para a saúde dos pacientes, havendo graves limitações na compreensão da doença, na autogestão de cuidados necessários para o controlo adequado da HTA ou na aderência à terapêutica. Pacientes com HTA e inadequada LS têm pressões sistólicas mais elevadas do que pacientes com adequada LS (Williams et al., 1998).

Diversos estudos mostram que a existência de níveis baixos de LS pode afetar diretamente a saúde das pessoas por limitar o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural. No caso de doenças crónicas como hipertensão, diabetes ou asma, vários estudos demonstram que as populações com níveis baixos de LS possuem menos conhecimento sobre a doença e o respetivo tratamento, em comparação com as populações com nível de LS adequado (Melo, 2015).

Em relação aos pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), os indivíduos que têm níveis de LS mais baixos estão mais predispostos a não adesão à terapêutica, com falhas nos tratamentos, seja por depressão, confusão ou por desejo de “limpar o organismo”, do que pacientes com níveis mais elevados de LS (Kalichman et al., 1999).

Um estudo realizado em Moçambique sobre HIV demonstrou que erros de dosagem para medicamentos antirretrovirais pediátricos líquidos eram comuns entre os pacientes adultos com a doença e estavam significativamente associados a uma menor LS (Howard, 2014).

1.3.6. Literacia para a saúde e álcool

A correlação entre hábitos de vida saudáveis/comportamentos de saúde foi investigada por Vozikis et al. (2014), chegando a resultados que permitiram concluir uma correlação negativa pouco significativa entre a LS e os indivíduos que referem fumar e/ou beber.

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2010/2011, cerca de 88% da população angolana consome excessivamente álcool, a prevalência de consumo é maior em jovens do que em adultos (Muteka, 2012).

O consumo de bebidas alcoólicas por parte dos jovens tem demonstrado um aumento, sendo que, Angola é um dos países onde há excesso de consumo de álcool, e onde a sua venda é livre, não existem restrições legais no que diz respeito à venda e ao consumo de álcool (Rodrigues, 2013).

1.4. O papel da Literacia para a Saúde e promoção da saúde

A Carta de Ottawa é um documento de referência para a promoção da saúde, a qual declara “Health is created in the context of everyday life, where people live, love, work and play” (OMS, 1986).

A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a incrementar.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde implica algumas estratégias:

- Construção de políticas públicas saudáveis: neste caso a saúde é colocada na agenda dos decisores políticos em todos os setores e a todos os níveis, tornando-os cientes das consequências das suas decisões, ações e responsabilidades na saúde das populações;
- Desenvolvimento de ambientes favoráveis: as nossas sociedades são complexas e interligadas. Não se pode isolar a saúde de outros campos. Os elos indissolúveis entre a população e o seu meio constituem a base de uma abordagem socio-ecológica da saúde. A alteração dos padrões de vida, do trabalho e dos tempos livres tem tido um impacto significativo na saúde. O trabalho e os tempos livres deveriam ser uma fonte de saúde para as populações. A promoção da saúde gera condições de vida e de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis;
- Aumento da ação comunitária: a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade,

estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as de modo a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios destinos;

- Desenvolvimento de competências pessoais: a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as diferentes etapas do seu ciclo de vida. Isto pode passar por condições de doença, doença crónica ou de incapacidade. Por isso, estas intervenções devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias;
- Reorganização dos serviços de saúde: no sector da saúde a responsabilidade pela promoção de saúde deve ser partilhada entre os indivíduos, grupos comunitários, profissionais de saúde, serviços e ação governativa. Todos devem trabalhar em conjunto no sentido de adotar um sistema de cuidados de saúde que contribua para a prossecução da saúde.

A mesma carta ainda destaca cinco princípios que são a base da Promoção da Saúde: Equidade, Participação Pública, Empoderamento, Intersetorialidade e Sustentabilidade (WHO, 1986).

A partir de 2009 a Literacia para a Saúde (LS) tem vindo a ser reconhecida cada vez mais no âmbito da promoção da saúde e assume um papel relevante no incremento pertinente da resiliência individual e social perante as condições de disfuncionalidade (Saboga-Nunes et al., 2014).

As recentes discussões sobre o papel da LS destacam a importância de ir além do foco individual, e de considerar a LS como uma interação entre as exigências dos sistemas de saúde e as competências dos indivíduos (Sørensen et al., 2012)

De acordo com Santos, as campanhas de promoção da saúde geram maiores ganhos em saúde quando têm como constructo mediador a LS. Santos, refere

que é fundamental capacitar as populações para lidar com o sistema de saúde, com a gestão da sua saúde e com a própria doença. Uma das competências fundamentais passa pelo conhecimento de diferentes aspetos da saúde, bem como pela capacidade de utilização deste conhecimento definindo, por exemplo, acerca do que faz mal ou bem, o que nem sempre é consensual. Santos também afirma que a baixa LS relaciona-se com a perceção de uma baixa autoeficácia na prevenção e gestão de problemas de doença. (Santos, 2010).

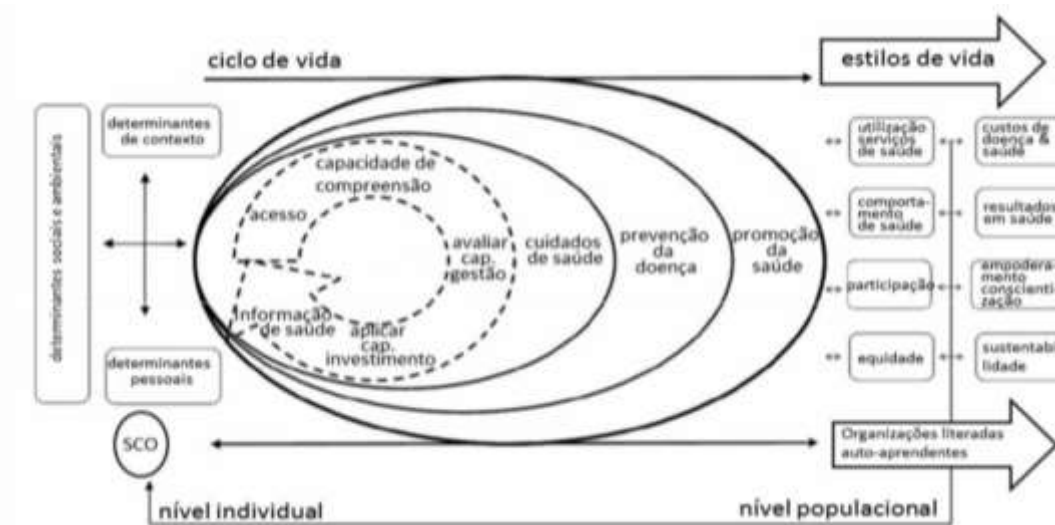
Saboga-Nunes et al., (2014a) estabelece perspetivas diferenciadas entre literacia em saúde e literacia da saúde na discussão filológica do conceito:

Literacia em saúde remeter-nos-á para uma externalidade em relação ao sujeito da saúde, um *locus* externo ao indivíduo, que está para além de si próprio e em relação ao qual ele pode desenvolver-se, com maior ou menor apropriação. Por outro lado, a literacia da saúde colocar-nos-á perante a internalidade da saúde, como uma componente intrínseca ao indivíduo. Aqui, o *locus da discussão* centrar-se-á no próprio ator, que se relaciona com o tema como algo que lhe é intrínseco, pertencente a si mesmo.

Podemos destacar que a literacia em saúde é aquilo que se cria fora do indivíduo, podendo ou não por ele ser apropriada, quando alguém como entidade superior/estado assume a função de determinar os parâmetros que caracterizam a saúde. Num outro contexto, o da literacia da saúde, poderá referir-se à tomada de consciência que pode ajudar a potenciar a saúde do indivíduo, tendo ele não só conhecimento do que seja a sua saúde, mas também a forma como poderá encontrar recursos para promovê-la (Saboga-Nunes et al., 2014):

... à procura de um elemento agregador destes dois conceitos, *literacia para a saúde*... cobriria assim, as duas dimensões atrás referidas e poderia ser definida como a *conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis a promoção da saúde* (ver figura 1).

Figura 1. Modelo estruturante para a concepção e operacionalização do conceito de literacia para a saúde.



Fonte: Luís Saboga-Nunes, (adaptado) *literacia para a saúde e conscientização da cidadania positiva*, revista *Referência*, III série-suplemento, 2014a p.95.

Em contexto de promoção da saúde, as capacidades de LS necessárias nas nossas atividades como cidadãos, consumidores e pacientes incluem:

Aptidões de saúde básicas como a promoção e proteção na saúde e prevenção na doença, assim como cuidados individuais; Aptidão para atuar como um parceiro ativo junto aos profissionais de saúde; Aptidão como consumidor para fazer decisões saudáveis na seleção de bens e serviços e para atuar a nível de direitos do consumidor, se necessário; Aptidões como cidadão, através de comportamentos informados, conhecimento de direitos em saúde e membro de organizações de saúde (OMS, 2004).

Daqui resulta que a baixa literacia em saúde, pode ser um forte contribuinte para as desigualdades em saúde e que esta relação é recíproca. Reduzir o *gap* entre os níveis de LS pode ajudar a reduzir algumas das desigualdades que flagelam a sociedade (OMS, 2004).

A LS deve incluir componentes relacionados com o conceito mais amplo de literacia. Nesta linha, segundo o *Institute of Medicine* (IOM), a LS envolve uma série de fatores sociais e individuais, divididos em quatro domínios (Nielsen-Bohlman et al., 2004):

1) Conhecimento cultural e conceitual – incluem a compreensão da saúde e da doença, bem como a percepção dos riscos e benefícios que lhes estão implícitos;

2) Literacia oral – inclui aptidões como a fala e a compreensão oral fundamental para comunicar em saúde;

3) Literacia escrita – engloba aptidões de escrita e leitura, necessárias, por exemplo, para a leitura de rótulos de medicamentos ou folhetos informativos;

4) Literacia numérica – fundamental na determinação do número de doses adequadas ou no cálculo dos intervalos de administração de um medicamento.

Com o propósito de reconhecer o contexto social no qual o indivíduo efetua as suas escolhas em saúde, o IOM considera que a LS se baseia na interação entre as aptidões dos indivíduos e os respetivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais. Desta forma, a responsabilidade pela melhoria dos níveis de LS deve ser partilhada entre os vários setores: sistema de saúde, sistema educacional e contexto cultural (Melo, 2015).

1.5. Contexto de Investigação

Perante a relevância do tema e a sua apropriação pelos diferentes quadrantes de desenvolvimento no contexto atual, alargamos a nossa pesquisa para alguns países em desenvolvimento de expressão portuguesa pertencentes à CPLP (Cabo Verde, Guiné-Bissau e Moçambique), constatando-se a partir dos seus diversos Planos Nacionais de Saúde a escassez de informação ou reflexão sobre o tema da LS. Tal como Angola, esses países deparam-se com as prioridades que tendem a responder à problemática das doenças não transmissíveis, acentuando a educação para saúde.

Nos países em desenvolvimento as condições crónicas surgem basicamente a nível dos cuidados primários, e devem ser tratadas principalmente neste âmbito. Muitas vezes deparamo-nos com um sistema de cuidados primários

incapaz de gerir com eficácia problemas de saúde como diabetes, hipertensão arterial e outras condições crónicas - tornando-se obsoleto em pouco tempo (OMS, 2003). Face a esta problemática é fundamental que os órgãos de decisão e autoridades competentes avancem com medidas (como a da promoção da LS) de modo a promoverem estratégias essenciais que melhorem os cuidados a oferecer à população (OMS, 2003).

Este trabalho pretende trazer um contributo na linha de pensamento atrás referida, ao focar uma região de Angola (Huambo). A República de Angola situa-se na África Austral, tem uma extensão territorial de 1.246.700 Km², faz fronteira a norte com as Repúblicas do Congo Brazzaville e do Congo Democrático, a este com a República da Zâmbia, a sul com a República da Namíbia e a oeste com o Oceano Atlântico. Administrativamente, o País é constituído por 18 Províncias, 166 Municípios e 530 Comunas. O clima contempla duas estações: a estação das chuvas, período mais quente, entre setembro e maio, e a estação do cacimbo ou seca, menos quente e que ocorre entre maio e setembro. Em média, as temperaturas variam entre os 17°C e os 27°C, de máxima (Angola, 2012).

De acordo o Censo Geral realizado em 2014, o País possui 25.789.024 milhões de habitantes. Houve um aumento gradual da população nos últimos anos, não só devido ao crescimento natural da mesma (estimado em cerca de 3,1% por ano), mas também ao constante regresso de angolanos, outrora refugiados nos países vizinhos, e ao aumento da esperança de vida. A distribuição por género aponta para uma população composta por 48% de homens e 52% de mulheres. Maioritariamente, 55% da população encontra-se concentrada nas áreas urbanas e 45% vive nas áreas rurais. A concentração das pessoas nas cidades resulta em parte da migração (20%) na procura de segurança e melhores oportunidades económicas (Angola, 2012).

A Província do Huambo situa-se a sul de Angola, é composta por 11 Municípios e 37 comunas. Além da divisão administrativa, também se sobrepõe uma divisão tradicional composta por cinco reinos, assim descritos: Reino do Huambo, Reino do Bailundo, Reino do Sambo, Reino de Tchiaca e Reino de Tchingolo, que são subdivididos em Ombalas dirigidas pelos Sobas.

A designação de Huambo (Fig. 2) aplica-se tanto ao território que constitui a província quanto à sua cidade sede, onde se concentra a maioria dos serviços dependentes do Estado, o maior empregador da região. Esta província tem onze municípios: Huambo, Bailundo, Caála, Catchiungo (ex-Bela Vista), Ekunha, Longuimbale, Longonjo, Mungo, Tchicala-Tcholoanga (ex-Vila Nova) Tchindjenje e Ucuma (ex-Cuma). Confina, ainda, com as províncias de Kwanza-Sul, a norte; Huila, a sul; Bié, a este; e Benguela, a oeste (Cruz, 2013).

Figura 2. Localização geográfica da Província de Huambo



Fonte: Portal da ANGOP²

Com 2.019.555 milhões de habitantes, o Huambo é uma das províncias menos extensas de Angola, com apenas 34.270 km², mas é, paradoxalmente, uma das mais densamente povoadas (Censo, 2014). Antes da independência era a segunda mais populosa, caracterizando-se, então, pelo elevado número de trabalhadores (contratados) que se deslocavam para as mais diversas áreas e atividades (piscatórias e agrícolas, entre outras) em todo o território angolano e mesmo para o exterior – quer para países vizinhos de Angola, quer para outros territórios colonizados por Portugal, sobretudo para as roças do cacau, em S.

² ANGOP (Angola Press) é uma agência de notícias do Estado Angolano.

Tomé e Príncipe (Cruz, 2013). Nos anos conflituosos que se seguiram à independência, a província do Huambo, e quase todas as outras ao seu redor, sofreram um grande desmembramento das suas infraestruturas e êxodo dos seus habitantes. A própria cidade foi alvo de constantes migrações populacionais. Só a partir de 2002, com a assinatura do acordo de Paz decorrido no Luena, capital da província do Moxico, que pôs fim ao conflito armado e estabeleceu as bases de um governo estável, foi possível devolver a paz ao Huambo. Deu-se início a um paulatino regresso de muitos habitantes que haviam saído por causa do conflito. Assim, a província do Huambo tem vindo a repor progressivamente os anteriores níveis de população, mas longe dos números que, comparativamente ao resto do território, apresentava antes da eclosão do conflito armado, origem da grande diáspora ovimbundu³. A etnia ovimbundu, que é predominante no Huambo, é caracterizada por um povo cordial, humilde e solidário, com uma capacidade de adaptabilidade e de convivência com os outros povos que constituem o mosaico etnolinguístico de Angola (Cruz, 2013).

Segundo Monteiro, os ovimbundu representam o maior grupo etnolinguístico de Angola. Este grupo corresponde a 37% da população do País e estende-se pelas províncias político-administrativas do Huambo, Bié, Benguela e ainda pelas províncias da Huíla, Kuanza Sul e Namibe, tendo como língua materna o umbundo⁴. Tal como os bakongo⁵, os ovimbundu são defensores inabaláveis da sua cultura e da tradição, pois fixaram no seio do grupo o orgulho da conservação da língua, da tradição, dos usos e costumes, transmitidos de geração em geração, pela oralidade nos mais variados rituais que se realizam dentro da comunidade. Reverenciam os antepassados, pois foram eles que, durante sua vida terrena, conseguiram garantir para as gerações futuras, a herança e a continuidade cultural do seu povo, e nos momentos de alegria, de tristeza, de calamidades naturais e de qualquer outro infortúnio da vida é a eles que a população recorre. Os ovimbundos contam assim com a sabedoria dos seus antepassados para auxílio na resolução de qualquer situação de

³ Ovimbundu etnia bantu de Angola. Constitui o 1º grupo etnolinguístico de Angola.

⁴ Umbundo é a língua materna que é falada pela população de etnia ovimbundu.

⁵ Bakongo constitui o 3º grupo etnolinguístico de Angola.

perturbação e de desordem, bem como na reposição da harmonia comunitária (Monteiro, 2014).

1.5.1. Região administrativa do Huambo

A constituição jurídica da província do Huambo foi tardia e respondeu ao incremento da cidade de Nova Lisboa que, em 1934, é designada para sede do então criado Distrito do Huambo, que fazia parte da Província de Benguela. Em simultâneo, também a Santa Sé deu conta deste crescimento criando novas dioceses católicas e designando o respetivo titular episcopal, D. Daniel Gomes Junqueira, nomeado por Papa Pio XII, em 7 de janeiro de 1941, Administrador Apostólico de Nova Lisboa e de Silva Porto (Ferreira, 2012).

São várias as possibilidades de abordar os principais marcos históricos desta cidade e província. A que aqui adotamos funda-se nas sucessivas mudanças toponímicas que a cidade registou ao longo do tempo, desde a sua criação até à atualidade, marcando três períodos claramente diferentes. Assim, temos um primeiro e breve momento fundador que abarca a origem da cidade do Huambo até à mudança de nome para Nova Lisboa (de 1912 a 1928); segue-se-lhe um segundo momento sob a designação de Nova Lisboa até à independência da província ultramarina (1929-1975) que, à semelhança do verificado com outros topónimos do norte ao sul de Angola, ditou o seu regresso à designação autóctone e primigénia de Huambo; e, por último, um terceiro momento sob a presente designação de Huambo, que abarca 1975 até à atualidade. O mesmo processo verificou-se noutras vilas e cidades de Angola, nomeadamente no Lubango, onde a designação de Sá da Bandeira teve parecida sorte da de Nova Lisboa/Huambo (Ferreira, 2012).

Pareceu-nos, de facto, que a cada mudança de nome correspondeu uma singular mudança de tempo e contextos, suscetível de identificar marcas próprias no seu percurso histórico a ponto de se consolidar a convicção de que já não é o mesmo falar de Nova Lisboa quando de Huambo se quer falar.

1.5.2. Sistema de saúde Angolano

Quando olhamos para o sistema de saúde angolano podemos encontrar nestes três períodos diferentes características:

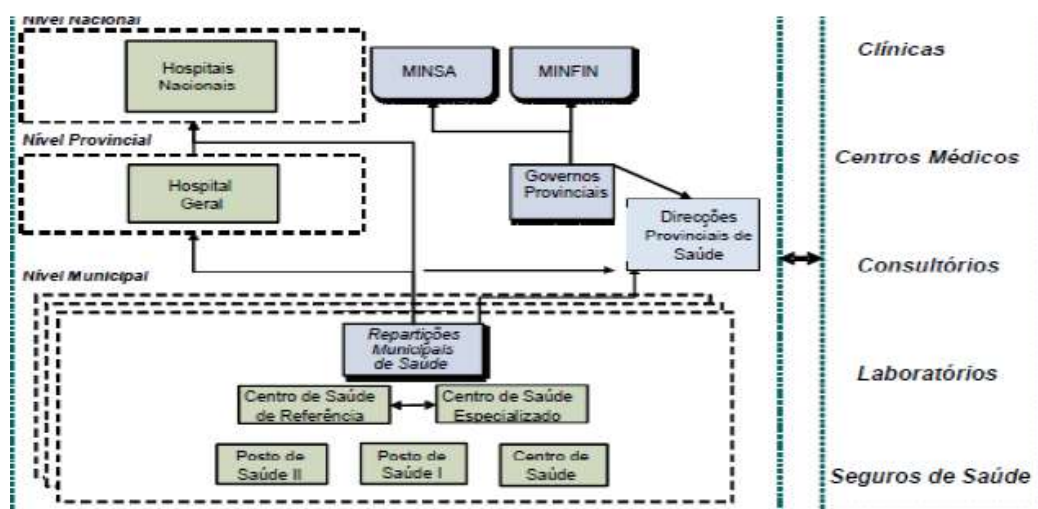
- De 1912 a 1928: pouco se sabe dos usos e costumes da população ovimbundu relativamente à gestão da doença e promoção a sua saúde;
- De 1929 a 1975: neste segundo período, com a forte implantação colonial portuguesa, Nova Lisboa tenta reproduzir um pouco o sistema português, havendo, no entanto, uma exclusão da população autóctone deste dinamismo, que terá continuado a seguir os seus usos e costumes no campo da saúde;
- Desde a independência (1975) e até 1992, Angola desenvolveu um Sistema Nacional de Saúde. Com a aprovação da Lei de Bases do SNS, Lei 21-B/92, em 1992, o Estado Angolano deixa de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde e permite a iniciativa privada em saúde.

A Lei 21-B/92 estabelece os princípios que norteiam o Serviço de Saúde:

- A universalidade quanto à população abrangida;
- A integralidade no que concerne à prestação de cuidados globais ou à sua garantia;
- A tendência de gratuitidade para os utentes sem condições económicas e sociais; a garantia de equidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, no sentido de atenuar os efeitos das desigualdades socioeconómicas, geográficas e quaisquer outras; a gestão descentralizada e participativa.

Para a execução da Política Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde (MINSA) prevê um sistema hierarquizado em três níveis de administração sanitária: Central, Provincial e Municipal, conforme se apresenta na figura 3:

Figura 3. Modelo da Administração Sanitária de Angola.



Fonte: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (pág. 36)

Ao nível de administração sanitária **Central**, estão previstos Gabinetes do Ministro e Vice-Ministro, Órgãos de Apoio e Órgãos Executivos Centrais. Ao nível **Provincial**, existem Direções Provinciais de Saúde, que dependem administrativamente dos Governos Provinciais e metodologicamente do nível central. Por fim, ao nível **Municipal**, surgem as Repartições Municipais de Saúde, que dependem administrativamente da Administração Municipal e da Direção Provincial de Saúde e das Instituições do nível Central do MINSA (Decreto Presidencial n.º 262/10).

O Serviço de Saúde deve figurar no desempenho das funções de prestação de serviços, criação de recursos, financiamento e administração do capital humano e social. Para isso, o Sistema de Saúde é composto por uma rede sanitária e por serviços de apoio, tem a responsabilidade de aplicar estratégias de melhoria da capacidade das unidades sanitárias, de receber e utilizar recursos financeiros e operar um sistema de informação que permite a supervisão e o acompanhamento das atividades (Decreto Presidencial n.º 262/10).

A nível municipal, a Rede Sanitária do Serviço de Saúde é responsável pelos cuidados primários, sendo constituída por Postos e Centros de Saúde e, ainda, pelo Centro de Saúde Referência ou Hospital Municipal. Esta rede é coordenada por uma Equipa de Gestão Sanitária, responsável pelas funções de Planificação e Gestão, nomeadamente gestão financeira, gestão de

peçoal, aprovisionamento e gestão de equipamentos, medicamentos e consumíveis, organização da supervisão e monitorização de procedimentos, coordenação intrassectorial e cooperação intersectorial (Decreto Presidencial n.º 262/10).

Em relação ao aprovisionamento de medicamentos, os sistemas locais não participam do processo de aquisição dos medicamentos, tornando-o centralizado numa unidade responsável pela compra, receção, armazenamento e distribuição dos produtos farmacêuticos, através do Programa Nacional de Medicamentos Essenciais (PNME) (Decreto Presidencial n.º 262/10).

O Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde (REGUSAP, decreto 54/03) especifica os serviços que devem ser prestados por cada tipo de unidade sanitária. De acordo com o REGUSAP, as estruturas mais básicas do sistema formal devem prestar um conjunto de serviços que compõem a estratégia dos cuidados primários de saúde, que, de acordo com o Decreto Presidencial n.º 262/10, são:

1. O Posto de Saúde constitui o primeiro nível de atendimento básico, aberto das 8h até às 15h;
2. O Centro de Saúde é o primeiro nível em que são realizados partos institucionais⁶ e que existe disponibilidade para o atendimento de forma permanente (durante 24 horas);
3. Centros de Saúde de Referência e Hospitais Municipais: são o primeiro nível de referência e caracterizam-se, fundamentalmente, pela capacidade de internamento e pelas possibilidades de realização de melhores diagnósticos (laboratório e radiologia);
4. Centros Materno-infantis: não constam do regulamento e deveriam ser considerados parte funcional do Hospital Municipal, mas, por receberem uma dotação orçamental, são colocados no nível administrativo municipal, à semelhança das unidades de atendimento anteriores;

⁶ Partos institucionais correspondem aos partos realizados em Instituições de saúde diferente dos partos realizados em domicílio.

5. O Hospital Geral é semelhante ao Hospital Municipal, mas incorpora capacidade para realização de grandes cirurgias, transfusões e internamentos diferenciados, distribuídos pelas cinco grandes especialidades médicas (medicina, pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia).

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS) (Angola, 2012), em Angola, após 30 anos de guerra, aproximadamente 70% das infraestruturas sanitárias foram destruídas. A distribuição dos profissionais encontra-se limitada fundamentalmente às cidades do litoral e às grandes cidades, que por sua vez têm défices no saneamento básico e higiene ambiental. Isto resultou, e resulta, em problemas de saúde que o país continua a enfrentar, associados ao crescimento constante da população e ao ineficiente investimento em políticas de saúde públicas, que conduzem a uma considerável degradação do estado de saúde da população. Por outro lado, esta situação veio a manifestar uma procura da população pelos processos tradicionais a fim de responder às suas necessidades de gestão da doença. Esta realidade das medicinas alternativas e tradicionais faz despoletar uma discussão sobre as diferentes literacias para a saúde que podem ser consideradas num debate mais consistente sobre esta temática.

1.5.3. Plano nacional de saúde em Angola

Em Angola, há um Plano Nacional de Saúde (PNDS) que visa a promoção da saúde como peça fundamental para a mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis, realçando o envolvimento e capacitação das famílias e comunidades com vista à obtenção de resultados sustentáveis, no processo de desenvolvimento sanitário do País (Angola, 2012 pag.145).

Apesar do PNDS não fazer referência à LS, existe uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em Angola sobre o assunto. A LS tem sido um dos assuntos que preocupam também o quadro da Política Nacional de Saúde, mesmo em estado incipiente, quer em termos da sua expressão nas políticas de saúde quer no conhecimento empírico da mesma (Santos, 2016).

O estudo realizado por Santos sobre LS em Angola revelou que um nível inadequado de LS pode ter implicações negativas para a saúde (Santos, 2016). Segundo Sá, a população dificilmente tomará consciência dos sintomas ou sinais de uma doença e da necessidade de cuidar de si, de se dirigir a um posto de saúde ou a um hospital sem educação e informação adequada (Sá, 2015).

O PNDS, elaborado por uma Comissão Multisectorial criada por iniciativa Presidencial, através do Despacho Presidencial nº 84/11 de 27 de outubro, é um instrumento estratégico-operacional destinado à materialização das orientações fixadas na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025” e na Política Nacional de Saúde, no âmbito da reforma do Sistema Nacional de Saúde. A elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 surge num contexto de estabilidade política, de crescimento socioeconómico e de consolidação da democracia, enquadrando-se (como pilar fundamental) no processo de desenvolvimento sustentável em que o país já se encontra empenhado. No entanto ele é omissos sobre o tema da Literacia para a Saúde.

O poder Executivo angolano tem empreendido esforços consideráveis para melhorar os indicadores económicos e sociais do País, incluindo a consolidação do direito à saúde, consagrado na Constituição. Os avanços alcançados manifestam-se, sobretudo, através da melhoria de alguns indicadores de impacto, tais como a redução da mortalidade materna, que passou de 1.400 mortes maternas por 100.000 nados-vivos, em 2001, para 450 por 100.000, em 2010, a mortalidade infantil evoluiu de 150 mortes por 1.000 nados-vivos, em 2001, para 116, em 2010, tendo-se também verificado uma evolução na esperança média de vida (PNDS, 2012).

O PNDS indica que o acesso aos serviços de saúde aumentou paralelamente ao crescimento da rede sanitária, à formação de novos quadros profissionais e ao reforço da capacidade institucional a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.

Contudo, os desafios são enormes, principalmente nas áreas rurais onde os indicadores de saúde são significativamente inferiores aos das áreas urbanas.

É neste contexto que nos parece fundamental explorar a relevância e pertinência do tema da LS e que contributo pode ela desempenhar para minorar as dificuldades encontradas.

1.5.4. Programa para promoção de saúde em Angola

Certas sociedades poderão ser mais afetadas do que outras pelos níveis de LS. Neste trabalho, o nosso foco é na sociedade angolana, que manifesta indicadores de saúde preocupantes (ex. esperança de vida, resultados nos cuidados de saúde e mortalidade), mas em relação à qual pouco se sabe em termos de sua LS. Têm sido desenvolvidos esforços particulares para ultrapassar certas dificuldades. Por exemplo, na perspetiva da promoção da saúde, a direção provincial da saúde do Huambo tem vindo a desenvolver um programa denominado “Uhayele Vimbo” (saúde na aldeia), cujo objetivo é o de levar diversos serviços de saúde às comunidades distantes das unidades sanitárias, de modo a melhorar a saúde da população. Mesmo que com este tipo de iniciativas, se tente minimizar as desigualdades sociais, em linha com o que foi defendido pela OMS em 2004, essas desigualdades persistem nas nossas sociedades, marcadoras de injustiça social (OMS, 2004) e carecem, por isso, de uma abordagem mais consistente. No PNDS, é desenvolvido um programa de promoção de saúde visando desafios concretos, conforme referido anteriormente. Poder-se-ia vislumbrar uma visão que pretende ir mais além do modelo patogénico, acentuando a dimensão salutogénica da busca das origens da saúde (Antonowsky, 1984). Por isso deve reconhecer-se a necessidade de abordar, não só os fatores causadores de doença e disfuncionalidade, mas também os comportamentais, os estilos de vida, as determinantes sociais de saúde (de natureza socioeconómica, física e biológica) que concorrem para o desempenho do sistema de saúde e para o bem-estar das comunidades. Determinantes como a cultura, a educação, condições sociais, desenvolvimento económico, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, condicionantes ambientais, da equidade e da boa governação, emergem na discussão do processo para atingir níveis de saúde elevados.

O PNDS destaca as seguintes áreas prioritárias de atuação (Angola, 2012, p. 146):

a) Prevenção das doenças transmissíveis prioritárias, como VIH/SIDA, Malária, Tuberculose, Tripanossomíase, Lepra e Doenças Tropicais Negligenciadas;

b) Prevenção e promoção da saúde materna e da sobrevivência infantil;

c) Prevenção das doenças não transmissíveis prioritárias, tais como sejam doenças mentais, doenças cardiovasculares (desencadeadas por tensão alta), diabetes e cancro;

d) Redução dos fatores de risco, como as situações e comportamentos que expõem as pessoas ao Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) às Infecções de Transmissão Sexual (ITS), ao uso do tabaco, às drogas e ao álcool;

e) Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e de bem-estar físico, social e emocional, como a prática de dietas saudáveis e o exercício físico;

f) Promoção e aumento do uso eficaz dos serviços de saúde existentes, estimulando a procura dos serviços pela população.

O PNDS incentiva várias ações em relação às estratégias operacionais concretamente:

- 1) Apoio aos programas e projetos de saúde prioritários para alcançar os objetivos definidos;
- 2) Promoção de ações de saúde em todo o País, mobilizando e capacitando as comunidades para a sua participação ativa na promoção da saúde, integrada de forma contínua e ao longo de toda vida;
- 3) Desenvolvimento e implementação de intervenções de Promoção da Saúde através de uma abordagem holística, abrangente, eficaz e multisectorial, aumentando o reconhecimento da saúde enquanto componente essencial do desenvolvimento socioeconómico;

- 4) Estabelecimento de um sistema eficaz de coordenação e de mecanismos de gestão da promoção da saúde, a todos os níveis;
- 5) Melhoria do financiamento e alocação de recursos para a promoção da saúde, bem como a sua utilização de forma eficaz e sustentável.

Está assim subjacente (nos pontos 2 e 3 atrás referidos a relevância do tema da LS, pois sem ela esses objetivos dificilmente serão atingidos). Por extensão e enraizado neste pensamento, perceber a pertinência da consideração da LS junto da população, e neste caso particular da Província do Huambo de etnia ovimbundu, parece-nos de particular importância.

1.5.5. Medicina tradicional angolana

O PNDS dá uma particular atenção a várias áreas que envolvem a doença. Entretanto, o mesmo realça a medicina tradicional como uma prática utilizada pela população (Angola, 2012).

A medicina tradicional é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma combinação total de conhecimentos, competências e práticas, baseadas em teorias, crenças e experiências oriundas de diferentes culturas, sejam ou não explicáveis cientificamente, e que são usadas para manter a saúde, a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças.

Em Angola, a medicina tradicional assenta fundamentalmente na fitoterapia. Cerca de 72,4% da população utiliza plantas medicinais para tratamento de diversas doenças. Existe literatura de referência relativamente à inventariação e uso de plantas medicinais angolanas, assim como associações de terapeutas tradicionais, nas diferentes modalidades da Medicina Tradicional (Angola, 2012).

Outros procedimentos da Medicina Tradicional de outras culturas - como a homeopatia, a acupunctura, as massagens e as terapias bioenergéticas têm sido implementados em Angola e são utilizados na prevenção e tratamento de certas doenças. No entanto, estas distinguem-se das outras abordagens tradicionais, pois são usadas pelas elites e classes abastadas (Angola, 2012).

Dada a importância da medicina tradicional no Huambo, tem havido vários seminários e debates, os quais têm sido promovidos por terapeutas tradicionais, entidades governamentais e sociedade civil (como referido anteriormente: em 2004 teve lugar um seminário regional (que abrangeu as províncias do Huambo, Bié e Benguela) sobre medicina tradicional e práticas complementares sob o lema “O resgate e a valorização da medicina tradicional segura ao serviço da saúde” (Angop, 2004). Um outro evento sobre “integração da medicina tradicional no sistema de saúde”, “formação e capacitação de recursos humanos” levou o Vice-Ministro da Saúde, Carlos Alberto Masseca a tomar posição sobre medicina tradicional e os seus terapeutas (Info- Angola, 2012).

Segundo Queza, os medicamentos tradicionais encontram-se à venda nos mercados informais sem qualquer controlo de qualidade e em inadequadas condições de conservação. Não existe nenhuma regulamentação sobre os medicamentos tradicionais, bem como os homeopáticos que são importados. Os produtos fornecidos pelos ervanários e pelos terapeutas tradicionais resultam muitas das vezes de conhecimentos que se transmitem através das gerações e que se mantêm como segredo familiar, o que constitui um entrave para a investigação e o desenvolvimento dessa área (Queza, 2010).

A Política Nacional de Saúde, aprovada em 2010, reconhece que a medicina tradicional praticada em Angola se encontra num estado ainda incipiente, apesar de muitos habitantes angolanos recorrerem aos seus serviços. Esta ainda carece de um quadro legal para ser equiparada à medicina convencional que se aplica no contexto dos serviços de saúde.

Apesar dos grandes investimentos em estruturas, recursos humanos e equipamentos, o Serviço Nacional de Saúde cobre atualmente apenas cerca de 60% da população angolana e provavelmente grande parte da população das áreas periurbanas e rurais utiliza os serviços fornecidos pela medicina tradicional.

Em sumula, é possível destacar 4 condições referidas no PNDS que foram consideradas para a realização deste trabalho:

- Os serviços de saúde em Angola têm dificuldade em prestar apoio a toda a população, no tratamento da doença e sua prevenção, havendo um recurso acentuado a métodos alternativos;
- A promoção da saúde, embora apontada como muito relevante no quadro das políticas nacionais, dá os seus primeiros passos, debatendo-se com problemas estruturais para poder chegar a todos os cidadãos;
- Entre os cinco princípios da promoção da saúde este trabalho deseja focar o empoderamento do cidadão como uma das bases para o desenvolvimento do bem-estar das populações;

CAPÍTULO II. OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo avaliar os níveis de LS numa amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu, correlacionando com alguns dados sociodemográficos e alguns indicadores de saúde tais como existência de doença de longa duração (Tensão Alta, Diabetes) e o Consumo de Álcool (um flagelo na sociedade).

2.1. Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é avaliar os níveis de literacia para a saúde em uma amostra da população do Huambo, de etnia ovimbundu, através do questionário sobre Literacia para a saúde (HLS-EU-PT®) adaptado ao contexto Angolano.

2.2. Objetivos Específicos

- Estimar o nível de literacia para a saúde (LS) na amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu;
- Identificar a relação que existe entre os níveis de LS e a existência de doença de longa duração na amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu;
- Identificar a relação que existe entre os níveis de LS e o consumo de álcool na amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu;
- Identificar a relação que existe entre os níveis de LS e o nível de educação;
- Caracterizar os níveis de LS na amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu de acordo com o género, idade e rendimento.

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

O presente capítulo realça as etapas da metodologia utilizada no estudo, começando por definir o problema que sugere a pergunta de investigação e consequentemente as suas hipóteses, posteriormente a construção do modelo de análise, permitindo, desta forma, a operacionalização das variáveis e identificação do desenho do estudo, população alvo, amostra, método de recolha de dados e tratamento estatístico da amostra da população ovimbundu.

3.1. Definição do problema

A limitada LS já foi associada a piores resultados em saúde (De Walt et al., 2004), visto que afeta diretamente comportamentos críticos na saúde, essenciais no acesso ao sistema de saúde na gestão da doença crónica e na promoção da saúde. É uma fonte maior de ineficiência geral da utilização dos serviços de saúde, resultando em gastos e desperdícios nos recursos existentes (Berkman et al., 2011).

Nesta investigação realçamos a importância da LS, em cidadãos da província do Huambo, procurando conhecer o estado da arte bem como clarificar o ponto de partida (diagnóstico) a partir do qual a ajuda às populações se pode estruturar.

3.2. Pergunta de investigação

Pretende-se neste estudo encontrar resposta à seguinte pergunta de investigação: existe relação entre os níveis de LS e o estado de saúde da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu?

3.3. Hipóteses de investigação

Propomos as seguintes hipóteses de investigação:

H₀: o instrumento de avaliação da LS (HLS-EU-PT®) apresenta validade interna nesta amostra

H₁: os níveis de LS não variam consoante o género

H₂: os níveis de LS não variam consoante a idade

H₃: os níveis de LS têm relação com o nível de educação

H₄: os níveis de LS não variam consoante o rendimento

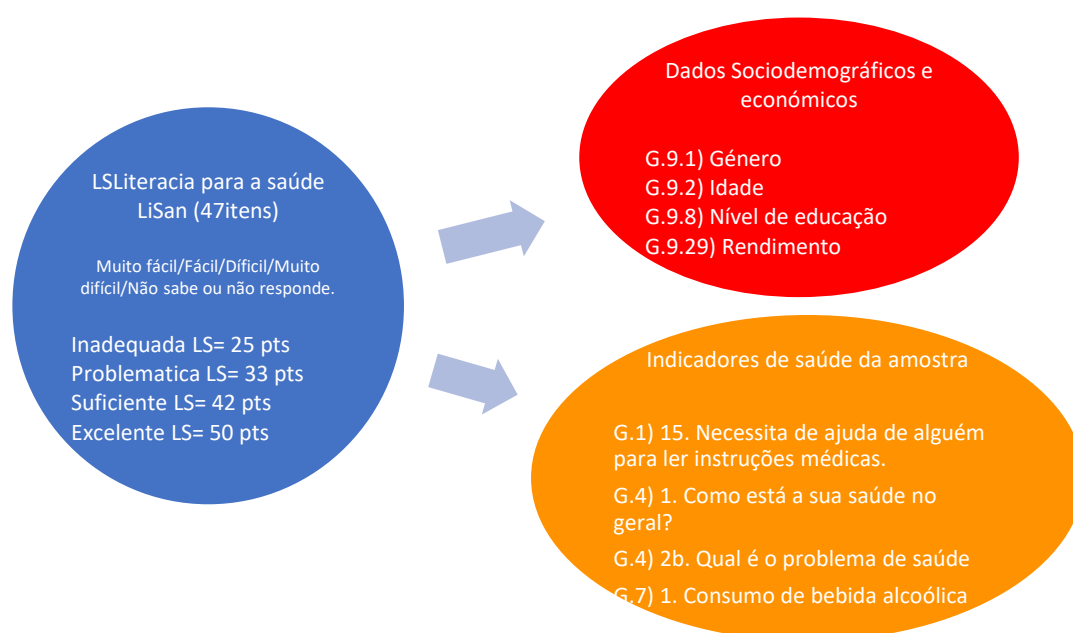
H₅: os níveis de LS têm relação com a existência de alguma doença de longa duração

H₆: os níveis de LS têm relação com o consumo de álcool

3.4. Construção do modelo de análise

Para melhor compreensão de como a LS influencia os resultados em saúde, na perspetiva do estado de saúde foi feito um modelo para análise das relações entre as variáveis (figura 4). Pretende-se investigar como os níveis de LS influenciam o estado de saúde de cada indivíduo da amostra. Cada variável será analisada individualmente segundo uma classificação específica. Posteriormente serão aplicados testes estatísticos para se averiguarem as possíveis relações.

Figura 4. Síntese de avaliação da literacia para a saúde e suas relações com o estado de saúde da amostra da população ovimbundu.



A análise do nível de LS da amostra em questão segue o modelo HLS-EU-PT® adaptado ao contexto angolano, que integra as três dimensões (promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados curativos) com quatro níveis de informação (acesso, compreensão, avaliação e aplicação) (Saboga Nunes, 2014) conforme ilustrado no Capítulo I, figura 1.

O questionário HLS-EU-PT® é constituído por 47 questões e segue completamente o modelo original proposto por Sørensen (2014). Para além dos indicadores de LS, o instrumento usado nesta investigação tem ainda um conjunto de questões, divididas em 8 grupos, no total de 136 questões. O tempo médio para o seu preenchimento é de 45 minutos.

O grupo 1 está relacionado com questões que incluem a sociedade Angolana. O grupo 2 aborda questões relativas a hábitos alimentares, o grupo 3 refere-se aos indicadores de LS, LiSan⁷, no grupo 4 estão incluídas questões sobre saúde e o sistema de saúde utilizado pelos indivíduos, o grupo 5 inclui questões relativas a medicina convencional e tradicional. No grupo 6 avalia-se o consumo de tabaco e no grupo 7 o consumo de bebidas alcoólicas. O grupo 8 destina-se aos aspetos relacionados à atividade física e por último o grupo 9 é constituído por questões sociodemográficas e económicas, como o nível de educação e a satisfação do indivíduo.

O presente trabalho, depois de analisar os resultados obtidos, destaca aqueles que melhor respondem às perguntas e hipóteses de trabalho colocadas.

Quadro 1. Itens do questionário avaliados como indicadores do estado de saúde da amostra da população ovimbundu.

Grupo 1			
15. Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outros materiais do seu médico ou farmácia	Muito frequentemente	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	Muito raramente ou nunca
Grupo 4			
1. Como está a sua saúde no geral? <input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Má <input type="radio"/> Muito má <input type="radio"/> Não sabe/não responde			
2.b. Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde? (Por longo prazo, consideram-se problemas que duram, ou espera que venham a durar, 6 meses ou mais).			

⁷ LiSan: Questionário sobre Literacia para a saúde adaptado ao contexto Angolano.

<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Gota <input type="radio"/> Cancro <input type="radio"/> Tensão alta <input type="radio"/> Outra, especifique qual. <input type="radio"/> Outro:
Grupo 7
1. Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebidas espirituosas ou outras bebidas caseiras)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não responde

O indicador G.1.15 “necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia” expressa a opinião dos inquiridos entre muito frequentemente ou muito raramente/nunca necessito de ajuda. O indicador G.4.1 “como está a sua saúde no geral” foi avaliado a partir do estado de saúde em muito boa, boa, razoável, má, muito má, não sabe ou não responde.

O indicador G.4.2b “pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde?” foi avaliado em não sabe/não responde; diabetes; gota; cancro; tensão alta e outra.

O indicador G.7.1 “durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica?” foi avaliado de forma dicotómica em sim e não, além da opção não sabe/não responde.

Quadro 2. Operacionalização das variáveis do Estudo

Variável	Tipo	Classificação	Escala
Literacia para a saúde (LS)	Quantitativa	Dependente	Numérica, ordinal, classes
Ajuda para ler instruções Compreensão do que o médico diz Pode especificar a doença Hábitos alcoólicos	Qualitativa	Independente	Numérica, ordinal, classes
Sociodemográficas Género Idade Nível de educação Rendimento	Qualitativa Quantitativa Qualitativa Quantitativa	Independente Independente Independente Independente	Nominal Numérica Ordinal Ordinal

3.4.1. Avaliação e operacionalização do nível de literacia para a saúde

A construção de uma abordagem que permita a avaliação desta construção social denominada literacia para saúde (LS) deve ser a tarefa mais significativa e necessária que enfrenta a pesquisa e prática da investigação (Pleasant et al.,

2011). Muitas questões são levantadas acerca dos métodos de medição da LS, que não são independentes da questão mais fulcral: o que queremos medir e para quê (Abel, 2008)? Pleasant et al. (2011), concluem que há um consenso generalizado na necessidade de uma rigorosa abordagem científica no desenvolvimento de instrumentos de avaliação da LS.

Neste trabalho optámos pela utilização do instrumento europeu de medição da literacia para a saúde (HLS-EU-PT®-EU) que operacionaliza o conceito de LS em três dimensões através de 47 itens sob a forma de escala de likert com 4 níveis (que vai de muito fácil a muito difícil, respectivamente (PELICKAN, 2012)). Aqui é usada a versão traduzida e validada para o português HLS-EU-PT® (Saboga-Nunes, 2014a) tendo sido acrescentadas questões sobre a medicina tradicional.

Quadro 3. Dimensões da LiSan

Grupo	Itens	Variável/ Conceito	Dimensão/ Indicadores	Escala, código ou atributo
	1 a 16	1 Literacia para a saúde (LiSa)	Cuidados curativos	Likert
3	17 a 31	2 LiSa	Prevenção da doença	Likert
				4 pontos NS/NR
	32 a 47	3 LiSa	Promoção da saúde	Likert

O grupo 3 do questionário utilizado nesta investigação, contém o instrumento de medição da LS (doravante designado por LiSan, Literacia para a SAúde em Angola) com 47 itens.

Quadro 4. Questionário – questões incluídas no grupo 3.

Grupo	Dimensão	Questões
Grupo 3. Opinião sobre a saúde. Quão fácil diria que é?	47 itens	Encontrar informação sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação
		“encontrar informação sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?”
		“descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica
		“descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?”
		“... compreende o que o seu médico lhe diz?”
		“... compreende a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?”
		“... compreende o que fazer numa emergência médica?”
		“... compreende instruções sobre o modo de tomar um medicamento receitado?”
		“... avaliar como é que a informação oriunda do seu médico ou naturalista se aplica ao seu caso?”
		“... vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?”
		“... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico ou naturalista?”
		“... avaliar se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança (ex. TV, Internet, etc.)”
		“... usar informação que lhe dão para tomar decisões sobre a sua doença?”

“... seguir instruções sobre a medicação?”
“... chamar uma ambulância ou socorro em caso de emergência?”
“... seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?”
“... encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a sua saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”
“...encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como stresse?”
“...encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)”
“...encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto?”
“... compreende advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”
“... entende porque precisa de vacinas?”
“... entende porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame da mama, teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)”
avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”
“... avaliar quando necessita de fazer um check-up ou exame geral de saúde?”
“... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?”
“... avaliar que exames de saúde precisa de fazer? (por ex. exame da mama, teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)”
“... avaliar se as informações sobre os riscos de saúde nos média são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)”
“... decidir se deve fazer vacinas que não constam no programa nacional de vacinação?”
“... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?”
“... Decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (ex. jornais, folhetos, internet)”
“... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?”
“... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, etc.)”
“... encontrar informações que indiquem como é que o seu bairro poderia ser mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruídos, poluição)”
“... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. leis, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação do serviço de saúde, etc.)”
“... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no trabalho?”
“... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?”
“... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?”
“... compreender a informação oriunda dos meios de comunicação sobre a forma de se tornar mais saudável? (por ex. internet, jornais, revistas)”
“... compreender informação que visa manter a mente saudável?”
“... avaliar como o local onde vive afeta a sua saúde e bem-estar? (por ex. a sua comunidade, seu bairro)”
“... avaliar como as suas condições de habitação ajudam a permanecer saudável?”
“... avaliar que comportamento diário está relacionado com a sua saúde?” (por ex. ingestão de álcool, hábitos alimentares, exercício, etc.)”
“... tomar decisão para melhorar a sua saúde?”
“... entrar num clube de desporto ou aula de ginástica se desejar?”
“... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de álcool, hábitos alimentares, exercício, etc.)”
“... participar nas atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?”

A estas 47 perguntas são acrescentadas 14 perguntas focando a medicina tradicional:

Quadro 5. Questões sobre medicina tradicional

Encontrar informação sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação no tratamento tradicional ou naturalista
“encontrar informação sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?”
“descobrir o que fazer em caso de uma emergência
“descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?”
“... compreende o que o se lhe diz?”
“... compreende as informações que acompanham o seu medicamento?”
“... compreende o que fazer numa emergência?”
“... compreende instruções sobre o modo de tomar um medicamento receitado?”
“... avaliar como é que a informação oriunda do naturalista se aplica ao seu caso?”
“... vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?”
“... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro naturalista?”
“... avaliar se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança (ex. TV, Internet, etc.)”
“... usar informação que lhe dão para tomar decisões sobre a sua doença?”
“... seguir instruções sobre a medicação?”

Para os cálculos dos índices, a escala é normalizada numa métrica entre 0 e 50, com a seguinte fórmula:

$$\text{Index} = (\text{média} - 1) * \left(\frac{50}{3} \right)$$

Index = valor específico calculado

Média = média de todos os itens considerados para cada indivíduo

1 = o valor mínimo de média possível (conduz a um valor mínimo de index de 0)

3 = variação da média

50 = valor máximo escolhido

Os valores apresentados, 0 (zero) caracteriza o valor mínimo possível de literacia para a saúde e 50 caracteriza o melhor valor (PELIKAN, 2012). São 47 questões relacionadas com as quatro dimensões de processamento da informação (acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relevante para a saúde na tomada de decisões) e a LS é classificada de excelente, suficiente, problemática e inadequada (Sørensen et al., 2015).

Quadro 6. Classificação da Literacia para a saúde

Nível de LS	Pontuação	LS Recodificada	
		Pontuação	Nível de LS
LS inadequada	0 a 25 pts	0 a 33 pts	LS Baixa
LS problemática	26 a 33 pts		
LS suficiente	34 a 42 pts	34 a 50 pts	LS Alta
LS excelente	43 a 50 pts		

3.4.2. Literacia para a saúde e género

O género sendo uma variável qualitativa dicotómica nominal será avaliado a partir da percentagem que for encontra na nossa amostra correlacionando com a LS.

3.4.3. Literacia para a saúde e idade

Procuraremos encontrar uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis (LS e idade). Sendo a idade uma variável quantitativa numérica, dará origem a uma categorização por faixa etária, seguindo a classificação de acordo com os parâmetros etários do censo 2014 em Angola, em 4 faixas etárias (15-24 anos; 25-64 anos; 65 anos ou mais). Esta amostra não inclui a faixa etária dos 0-14 anos.

3.4.4. Literacia para a saúde e nível de educação

O nível de educação sendo uma variável qualitativa ordinal será avaliada em 6 níveis: nível 0 (pré-escolar); nível 1 (primeiro nível de educação básica); nível 2 (segundo nível de educação básica); nível 3 (ensino secundário); nível 4 (bacharelado); nível 5 (licenciatura); nível 6 (doutoramento ou formação pós-graduada).

3.4.5. Literacia para a saúde e rendimento

O “rendimento” indicador socioeconómico também foi um dos itens a considerar, como variável quantitativa ordinal será correlacionada com a LS, a fim de se saber se o rendimento influencia positiva ou negativamente a saúde da população, nesta investigação o rendimento está especificado em kuanza⁸.

3.4.6. Literacia para a saúde e doenças de longa duração

As doenças de longa duração são um dos itens selecionados para o nosso estudo, no qual se incluem as seguintes patologias (diabetes, gota, cancro e tensão alta), bem como as opções “outra, especifique qual” e “não sabe/não responde”. Sendo uma variável independente, ela permitirá explorar a relação com a LS a fim de se apurar se há alguma relação entre ambas.

3.4.7. Literacia para a saúde e álcool

Segundo a OMS (WHO, 2004) uma das formas de definir o padrão semanal de consumo excessivo pesado pode ser feito pelo consumo de cinco e mais bebidas num dia de consumo, pelo menos uma vez por semana. Note-se que ainda que segundo a OMS (WHO, 2004), para além do consumo excessivo pesado poder ser definido pelo consumo de cinco ou mais bebidas num dia de consumo, pelo menos uma vez por semana, pode ainda ser definido pelo consumo diário continuado de pelo menos três bebidas. Neste trabalho iremos correlacionar este item com as LS.

3.5. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo Observacional Transversal Descritivo Exploratório. Observacional porque não há intervenção da investigadora, transversal porque os dados são colhidos uma única vez no tempo, não havendo acompanhamento. Descritivo por descrever o perfil da amostra e não há manipulação de variáveis por parte da investigadora. Por fim, exploratório

⁸ Kuanza: moeda nacional Angolana.

porque pretende explorar a operacionalização do conceito de Literacia para a Saúde junto da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu, algo que nunca foi feito até esta data. Também é exploratório, pois vão ser usados instrumentos de recolha de dados que nunca foram aplicados a esta população.

3.6. População alvo

O presente estudo foi realizado na Província de Huambo que fica localizada no planalto central de Angola. A recolha de dados foi feita por conveniência junto dos residentes da Província, tendo como principais locais de recolha o Hospital Central do Huambo e o mercado informal de Cacilhas. Os inquiridos responderam ao questionário de forma espontânea, com termo de consentimento informado.

3.7. Amostra

A amostra é composta por 154 questionários válidos (sendo que 10 questionários não foram considerados por se apresentarem incompletos), abrangendo indivíduos de idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos, pertencentes a diferentes estratos sociais, de diferentes níveis de educação e de rendimento.

3.8. Método de recolha de dados

Todos os dados utilizados foram recolhidos junto da população do Huambo de etnia ovimbundu, por intermédio do questionário HLS-EU-PT®/LiSan adaptado ao contexto Angolano, que inclui várias dimensões de análise, tais como: promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados curativos. Para além das questões de LS, o questionário contém indicadores sociodemográficos, económicos e de saúde.

Foi feito um trabalho de campo de recolha de dados em que a maior parte dos questionários foram preenchidos pelos inquiridos, outros foram administrados

pela investigadora, que registou as respostas dos inquiridos com dificuldade de leitura e ou escrita.

A investigadora acompanhou todo o processo que decorreu em vários lugares: Hospital Central do Huambo (estudantes do Instituto Médio de Saúde e Trabalhadores da mesma unidade) e mercado público de Cacilhas. Este processo de recolha de dados decorreu entre os meses de fevereiro a abril de 2017. Foram recolhidos 154 questionários. O questionário completo pode ser consultado em anexo, neste estudo.

3.9. Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram introduzidos na IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Science) versão 22.

Os dados quantitativos disponíveis permitirão uma análise estatística descritiva das variáveis numéricas, através da avaliação da distribuição das frequências absolutas e acumuladas e percentagens, além do cálculo da média, mediana e desvio padrão.

Para avaliar a associação estatística entre as variáveis, a escolha do teste foi condicionada pelo tipo de variável. De acordo com a literatura consultada (Afonso, 2011), para variáveis ordinais e de classes, indicam-se os testes não paramétricos de correlação, o teste de Spearman e o teste do Qui-quadrado, que indicam a independência das variáveis.

Neste trabalho, na estatística inferencial, foram usados o teste de correlação de Pearson e o teste Qui-quadrado (X^2). Em todos os testes foi considerado um nível de significância de $p = 0,05$.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Dos inquéritos recolhidos consideram-se 154 válidos.

Quadro 7. Síntese dos resultados da amostra da população ovimbundu de n=154 indivíduos

Variável em análise	Categorias da variável	Contagens frequência absoluta	Percentagens frequência relativa	Estatísticas descritivas p. variáveis numéricas: média; mediana; desvio padrão; mínimo-máximo (n=)
Género	Masculino	50	32,50%	n= 153
	Feminino	103	67,30%	
Grupo etário	15-24 anos	38	25,50%	n= 149
	25-44 anos	92	61,7%	
	45-64 anos	16	10,7%	
	Mais de 65 anos	3	2%	
Idade				Média: 32 Mediana: 31 Desvio padrão: 11 Mín.-Máx: 18-70 (n=149)
Nível de educação	Pré-escolar	2	1,30%	(n=154)
	1º Nível de educação básica	5	3,20%	
	2º Ciclo de educação básica	18	11,7	
	Ensino secundário	78	50,60%	
	Bacharelado	24	15,60%	
	Licenciatura	24	15,60%	
Rendimento	Doutoramento	3	1,90%	(n=133)
	Menor que 1 ordenado	33	21,40%	
	De 1 a 2 ordenados	26	16,90%	
	De 2 a 3 ordenados	25	16,20%	
	De 3 a 4 ordenados	19	12,30%	
	De 4 a 5 ordenados	17	11,00%	
	Maior que 5 ordenados	13	8,40%	
Necessita de ajuda	N.sabe/N.responde	21	13,60%	(n=154)
	Muito frequentemente – 1	25	16,20%	
	2	14	9,10%	
	3	28	18,20%	
	4	6	3,90%	
	5	11	7,10%	
	6	22	14,30%	
Como está a sua saúde no geral	Raramente ou nunca – 7	48	31,20%	(n=154)
	Muito boa	2	1,30%	
	Boa	30	19,50%	
	Razoável	93	60,40%	
	Má	12	7,80%	
	Muito má	4	2,60%	
	N. sabe/N. responde	13	8,40%	
Pode especificar qual a doença	Diabetes	14	9,20%	(n=152)
	Gota	5	3,30%	
	Cancro	3	2%	
	Tensão alta	21	13,80%	
	Outra	11	7,10%	
	N. sabe/N. responde	98	64,50%	
Consumo de álcool				(n=154)
	Sim	51	33%	
	Não	80	51,9%	
	Não sei/ não responde	23	14,9%	

Fonte: Plano correlacional LiSHua

Apesar da reduzida amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu, e perante a não obrigatoriedade de resposta, perante os resultados obtidos, infere-se que o instrumento foi bem aceite pelos participantes.

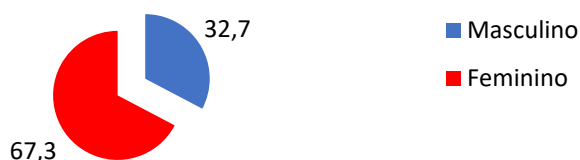
No quadro 7 Apresentamos a síntese dos resultados obtidos da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu, destacamos as variáveis independentes selecionadas para o estudo.

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise das variáveis numéricas determinando as medidas de tendência central tais como a média e a mediana, e medidas de dispersão, tal como o desvio-padrão e a amplitude de variação, para as variáveis nominais e ordinais frequências com as contagens e respetivas percentagens. Será apresentada a análise descritiva dos dados sociodemográficos e económicos (género, idade, nível de educação, rendimento), seguida dos indicadores de saúde, posteriormente será analisada a medicina tradicional e por fim a estatística inferencial, onde se faz a correlação da variável dependente (LS) com as variáveis independentes da amostra em estudo. De salientar que as tabelas estatísticas se encontram dispostas no anexo 2.

4.1. Análise descritiva dos dados sociodemográficos e económicos (género, idade, nível de educação, rendimento)

A amostra é constituída por 154 indivíduos, sendo que 32,7% são do sexo masculino e 67,3% são do sexo feminino (gráfico 1)

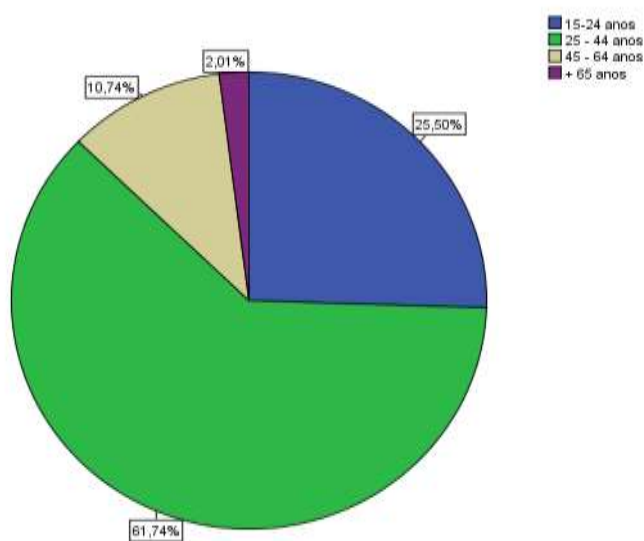
Gráfico 1. Distribuição percentual da amostra de acordo com o género



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Quanto à idade a amostra foi classificada, seguindo os intervalos utilizados pelo censo de 2014, em Angola. A primeira faixa etária considerada foi de 15-24 anos, a segunda de 25-44 anos, a terceira de 45-64 anos e a última mais de 65 anos (CENSO, 2014). Durante a análise dos dados, verificou-se a necessidade de subdividir a segunda faixa etária, para melhor descrever o comportamento da LS entre os adultos jovens (25 a 44 anos) e adultos (45 a 64 anos). A faixa etária que obteve maior percentagem foi a dos adultos jovens entre os 25-44 anos com 61,7%, seguida dos jovens na faixa etária dos 15-24 anos com 25,5% e os adultos de 45-64 anos com a menor percentagem, de 10,74%. Os maiores de 65 anos representaram valores pouco significativos, com 2%.

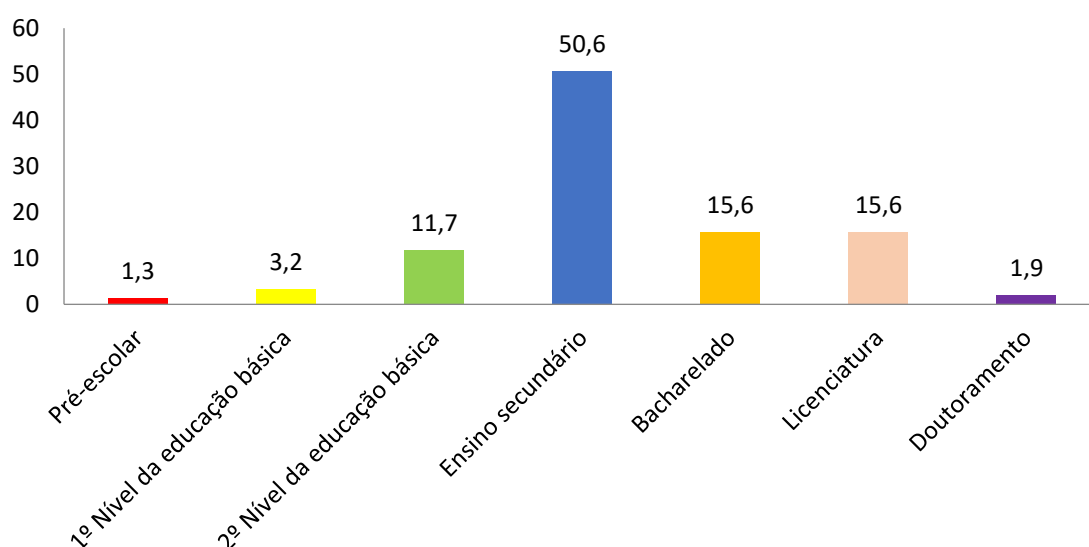
Gráfico 2. Distribuição percentual da amostra de acordo com a faixa etária



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Quanto ao nível de educação a análise permite dividir os inquiridos em seis categorias em que a mais expressiva da amostra foi o nível secundário com 50,6%, seguido do bacharelado e licenciatura (31,7%). A educação básica corresponde a 14,9% da amostra, sendo 11,7% do segundo nível e 3,2% do primeiro nível. Os níveis extremos pré-escolar e doutoramento apresentam valores mínimos de 1,3% e 1,9% respetivamente. (gráfico 3)

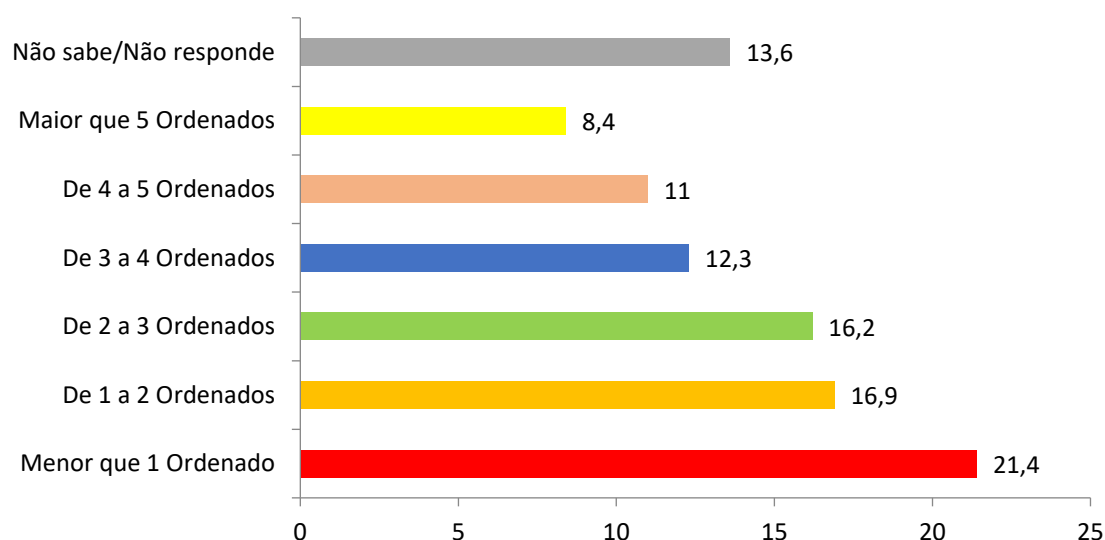
Gráfico 3. Distribuição percentual da amostra de acordo com o nível de educação



Fonte: Plano correlacional LiSHua

O gráfico 4 apresenta os dados referentes ao rendimento, sendo que 21,4% dos respondentes auferem menos de um ordenado mínimo (20.000 KZ), os indivíduos que recebem entre um e dois ordenados representam 16,9% da amostra percentual semelhante aos que ganham entre dois e três ordenados (16,2%). Os que recebem mais de cinco ordenados mínimos, ou seja, mais de 100.000 KZ representam 8,4%. Os que não responderam representam 13,6%.

Gráfico 4. Distribuição percentual da amostra de acordo com o rendimento



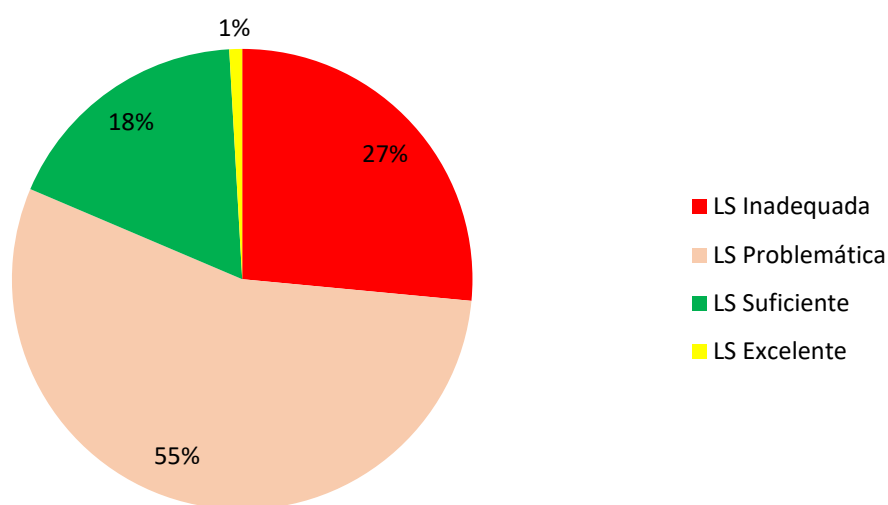
Fonte: Plano correlacional LiSHua

4.2. Validade do instrumento de medição da literacia para a saúde

A avaliação da fidelidade interna do instrumento HLS-EU-PT® adaptado ao contexto angolano (Huambo), apresenta um valor alfa de cronbach de 0,91.

Os valores que se apresentam no gráfico 5 indicam os níveis de Literacia para a Saúde da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu, classificada em quatro níveis.

Gráfico 5. Distribuição percentual da amostra de acordo com os níveis de LS



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Assim obtiveram-se os seguintes resultados: 26,5% da nossa amostra tem LS inadequada; 54,9% (LS) problemática; 17,7% (LS) suficiente e 0,9% (LS) excelente. Para o presente estudo foram recodificados estes dados em dois níveis, a saber: LS Alta e LS Baixa. Assim, 81,4% apresentam LS Baixa (gráfico 6)

Gráfico 6. Distribuição percentual da amostra de acordo com a LS recodificada em duas categorias.

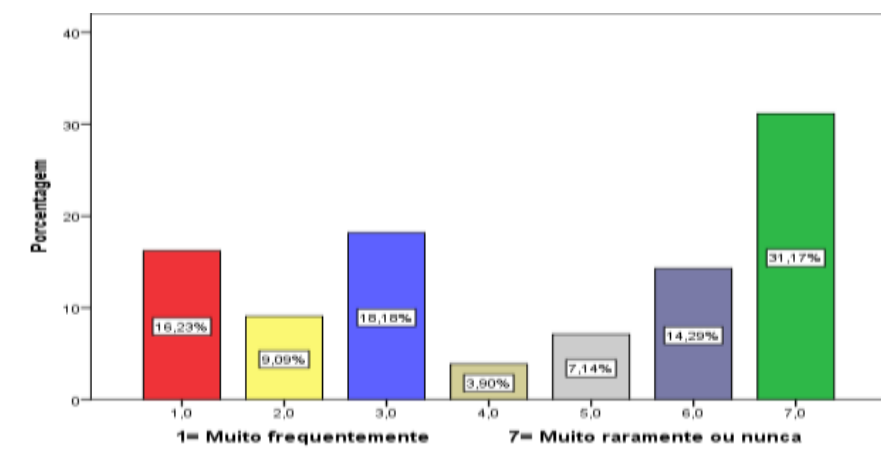


Fonte: Plano correlacional LiSHua

4.3. Análise descritiva dos Indicadores de saúde

O indicador **G.1.15. “Necessita da ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia”** é composto por uma escala de diferencial semântico de sete itens, em que os indivíduos marcaram com X no questionário o item que expressava a sua opinião, considerando as frases nos seus extremos 1 (Muito frequentemente) e 7 (Muito raramente ou nunca). Nesta amostra, a resposta extrema 7 foi a mais selecionada (31,2%), seguida do nível 3 com 18,2% e por fim o nível 1 com 16,2% (gráfico 7).

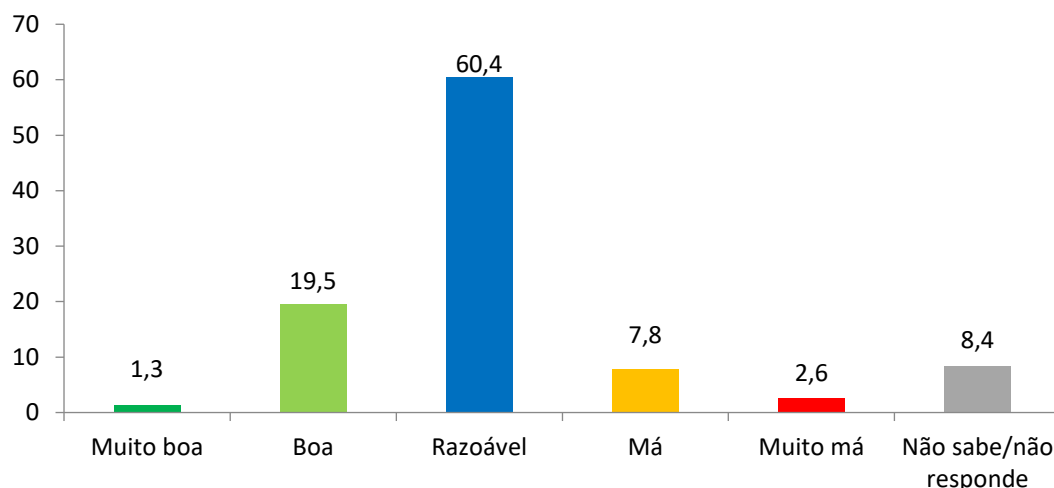
Gráfico 7. Distribuição percentual da amostra de acordo com o indicador G.1.15. Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia?



Fonte: Plano correlacional LiSHua

No indicador G.4.1 **“Como está a sua saúde no geral”** a maior percentagem foi observada em razoável (60,4%), seguida de boa (19,5%), posteriormente má (7,8%) muito má (2,6%) e muito boa (apenas dois indivíduos da amostra a consideraram, correspondendo a 1,3%), como retrata o gráfico 8.

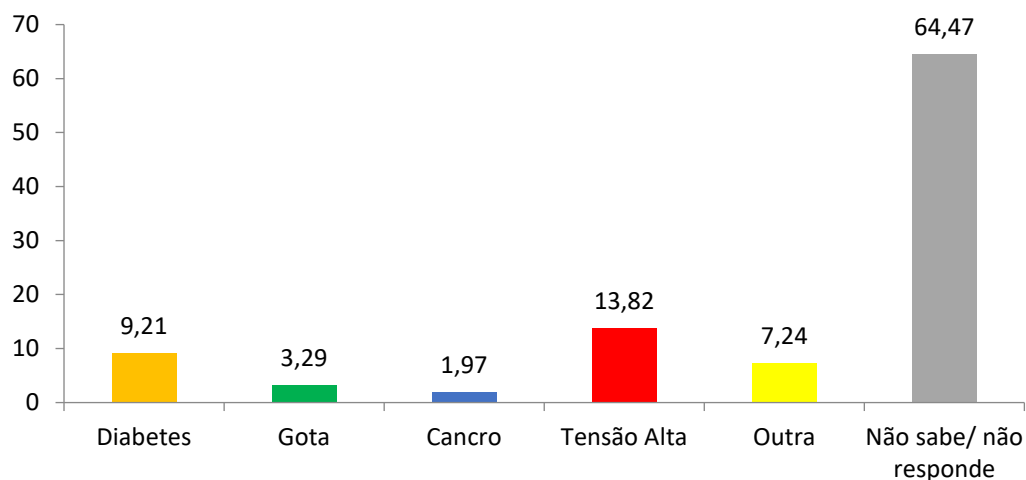
Gráfico 8. Distribuição percentual da amostra de acordo com o indicador G.4.1. Como está a sua saúde no geral?



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Em relação ao indicador G.4.2b **“Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde?”**, os inquiridos na sua maioria (64,5%), não responderam à questão. Entre as doenças especificadas 13,8% referiram tensão alta; 9,2% diabetes; 3,3% gota e 2% cancro.

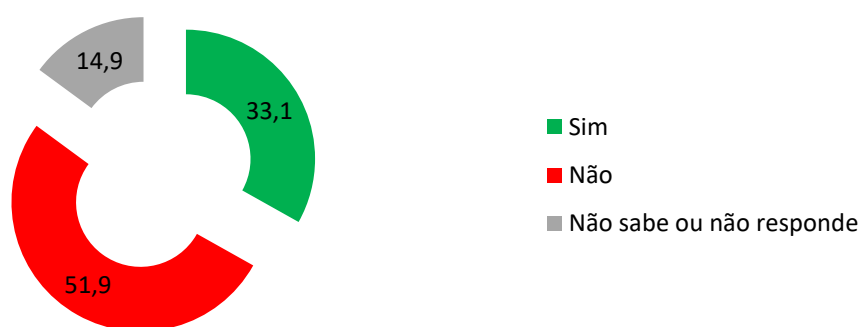
Gráfico 9. Distribuição percentual da amostra de acordo com indicador G.4.2b. Pode especificar qual a doença de longa duração ou problema de saúde?



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Quanto ao “**consumo de álcool**”, podemos verificar as frequências apresentadas no gráfico 10, em que a maioria dos indivíduos respondeu “não consumir álcool,” correspondendo a 51,9% e 33,1% reponderam “sim consomem álcool” e 14,9% não responderam à questão.

Gráfico 10. Distribuição percentual da amostra de acordo com o indicador G.7. Durante os últimos 12 meses bebeu qualquer bebida alcoólica?



Fonte: Plano correlacional LiSHua

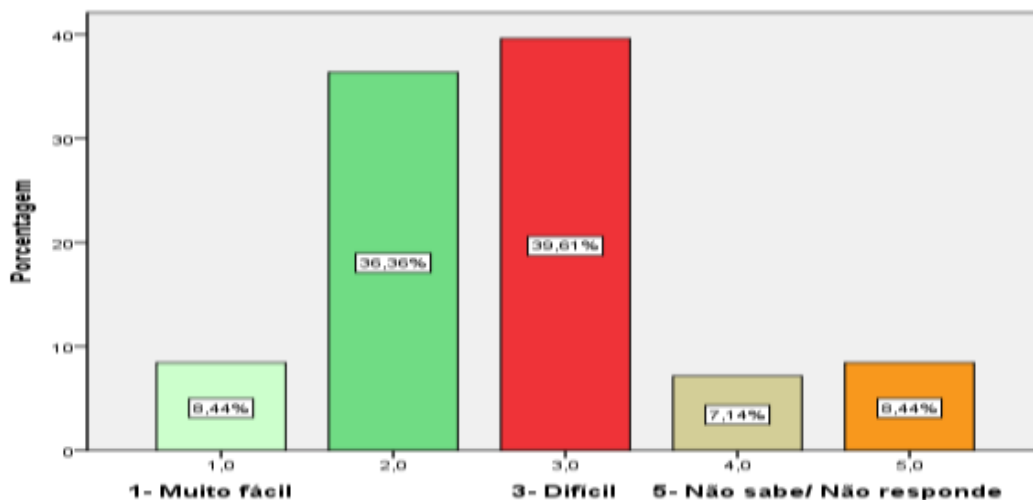
4.4. Medicina Tradicional

Apresentamos aqui resultados relativamente a algumas questões sobre a medicina tradicional, que mereceram relevo. Estas questões estão incluídas no questionário LiSan, e figuram no grupo (3) que aborda perguntas sobre a literacia para a saúde.

As questões que se apresentam foram feitas tanto para a medicina convencional, como para a medicina tradicional relativamente, a percepção dos inquiridos em saber lidar com a doença no Huambo.

A questão relacionada com o acesso à informação sobre sintomas e doenças que dizem respeito aos inquiridos causando-lhes preocupação obteve as seguintes percentagens: 39,61% alegaram ser difícil encontrar informação sobre a medicina tradicional, 36,36% responderam ser fácil, 8,44% muito fácil, 7,14% muito difícil e 8,44% não responderam à questão. Gráfico 11.

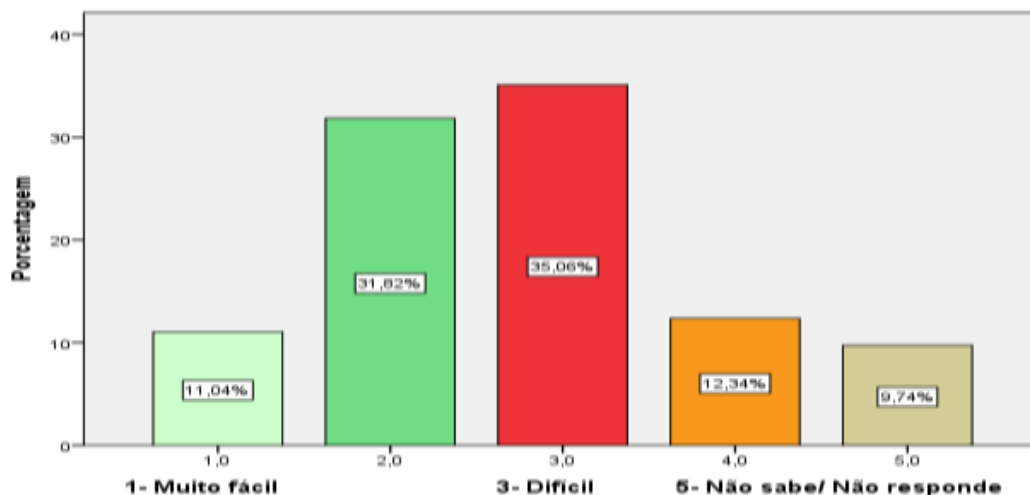
Gráfico 11 “... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causa preocupação?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Relativamente ao acesso à informação sobre tratamentos de doenças que dizem respeito aos inquiridos e causam preocupação, a maior parte das respostas variaram entre fácil e difícil (31,82% e 35,06%) respetivamente, como se apresenta no gráfico 12.

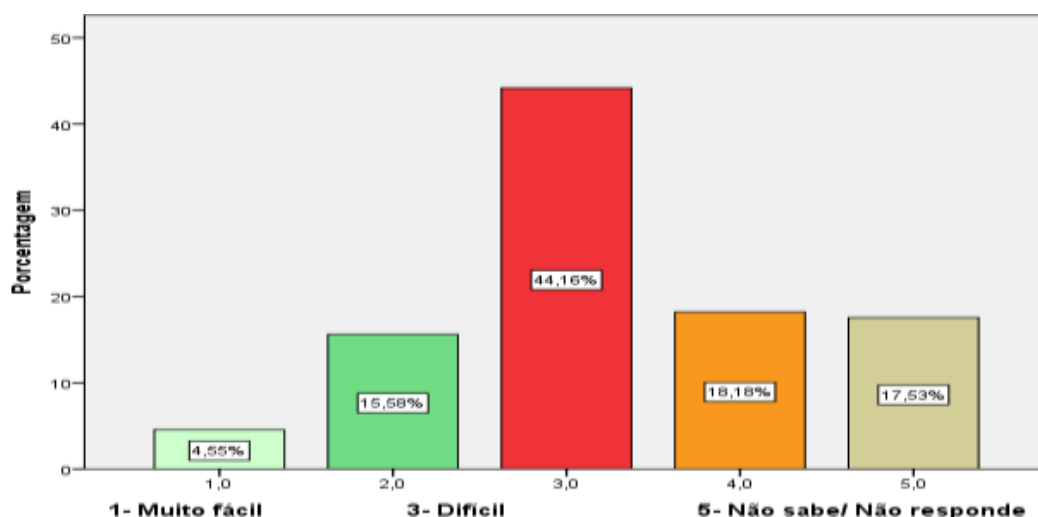
Gráfico 12“... encontrar informação sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

A questão “descobrir o que fazer em caso de emergência médica” obteve 44% de respostas difíceis enquanto que as outras respostas variaram entre 4,55% e 18,18% (muito fácil e muito difícil) respetivamente. Gráfico 13.

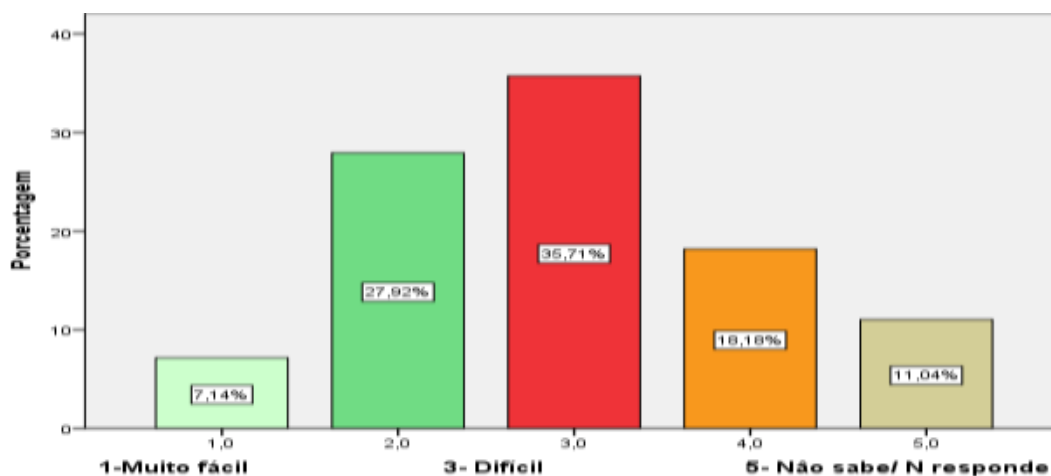
Gráfico 13“... descobrir o que fazer em caso de uma emergência?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Quanto à questão “descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente” os inquiridos responderam ser difícil (35,71%), seguida de fácil (27,92%) e muito difícil (18,18%) como revela o gráfico 14.

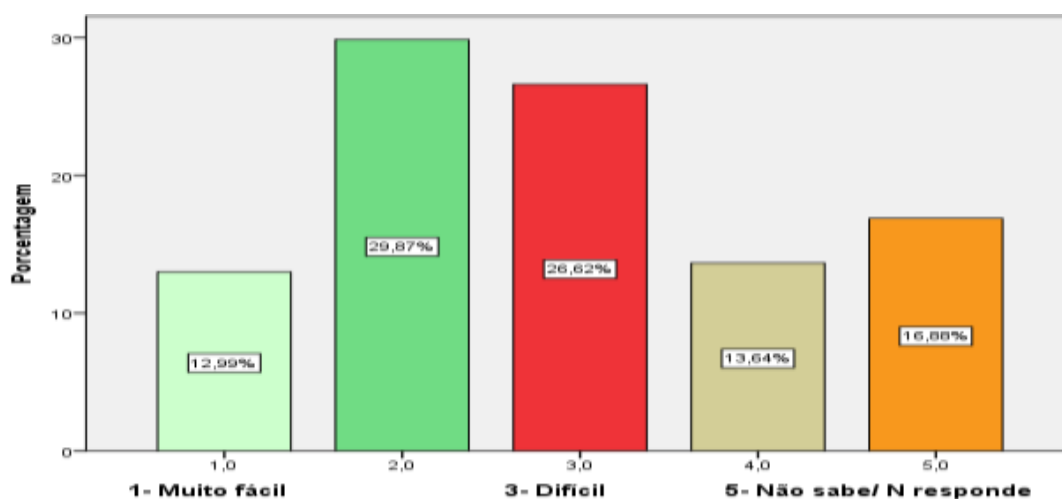
Gráfico 14. “... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

No que concerne à questão “compreende o que o seu médico diz?” há que realçar o seguinte: 29,87% dos respondentes compreendem com facilidade o que o médico (naturalista) diz 26,62% compreende com alguma dificuldade e as restantes respostas variaram entre 12,99% e 13,64 (muito fácil e muito difícil) respetivamente. Gráfico 15.

Gráfico 15 “... compreende o que o seu naturalista lhe diz?”

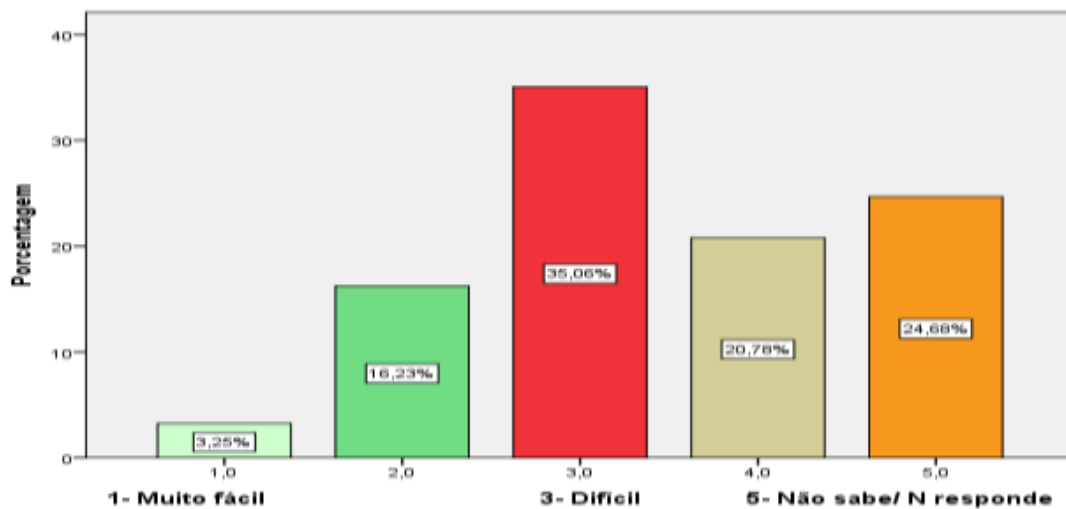


Fonte: Plano correlacional LiSHua

Relativamente à compreensão de bula (os folhetos) que acompanham o medicamento, os inquiridos responderam compreenderem com dificuldade a

informação (35%), enquanto que 24,68% não responderam à questão, 20,78% alegaram muita dificuldade 16% compreenderam com facilidade e apenas 3% indivíduos com muita facilidade. Gráfico 16.

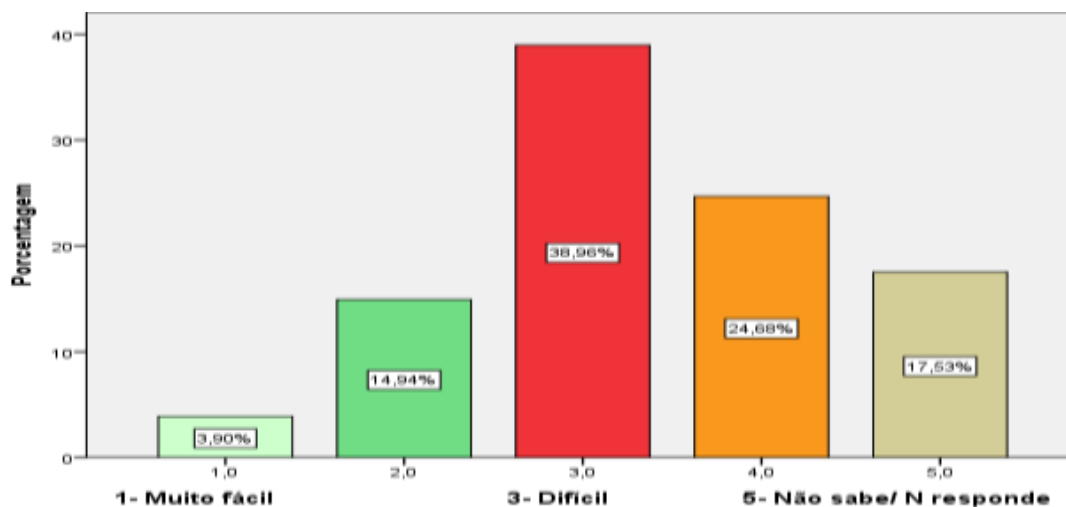
Gráfico 16 “... compreende a bula (folhetos) que acompanham o seu medicamento?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

O gráfico 17. Espelha a percentagem de respondentes relativamente à questão “compreende o que fazer numa emergência médica?” 38,96% responderam compreenderem com dificuldade o que fazer numa emergência médica “no caso naturalista”, 24,68% responderam muito difícil, 17,53% não responderam à questão e 14,94% responderam ser fácil.

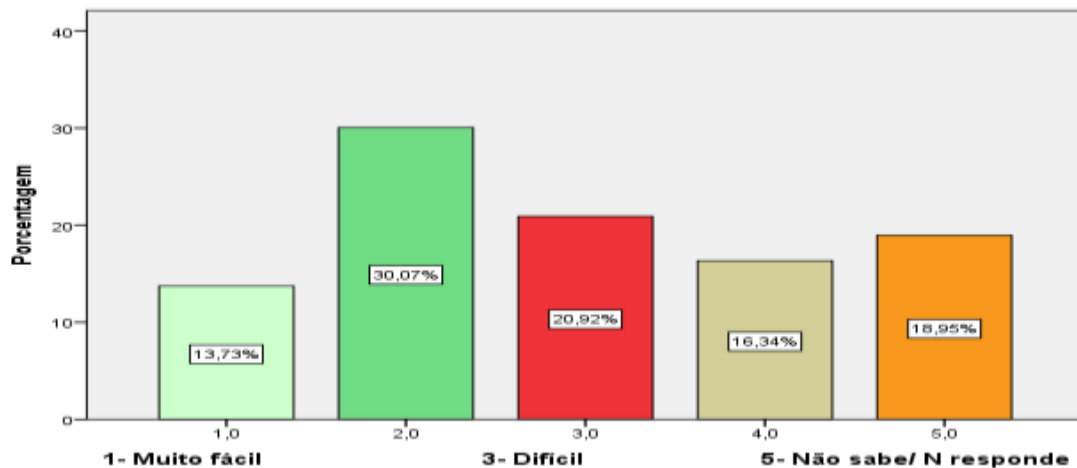
Gráfico 17 “... compreende o que fazer numa emergência médica?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

A questão referente a compreensão de instruções sobre o modo de tomar um medicamento receitado, os inquiridos responderam compreenderem com facilidade as instruções (30%), as outras respostas variaram entre 13,73% e 20,92% (muito fácil e muito difícil) respetivamente, (no gráfico 18).

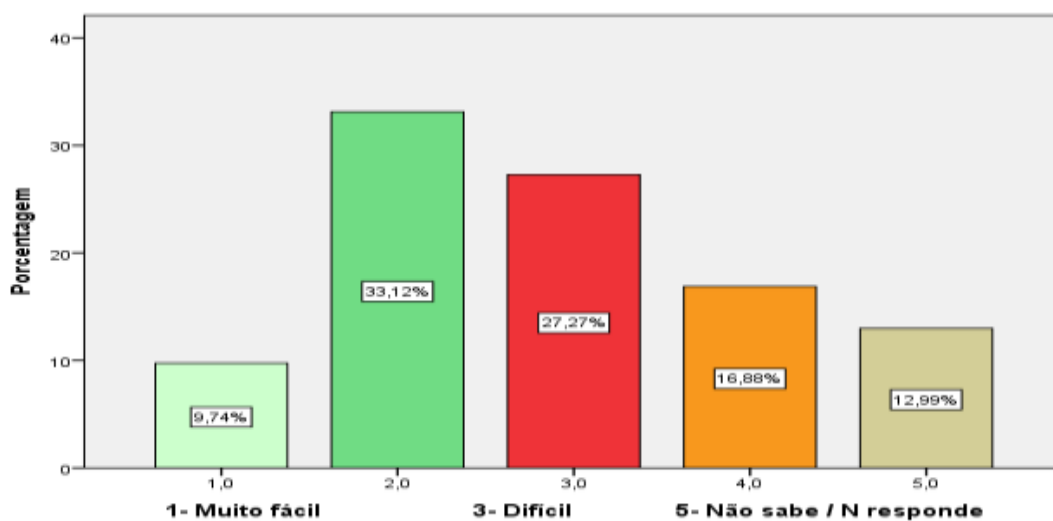
Gráfico 18 “compreender instruções sobre o modo de tomar um medicamento receitado?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Em relação à avaliação da informação proveniente do médico ou naturalista, 33% dos respondentes alegaram avaliar com facilidade a informação, enquanto que 27% responderam ser difícil, as outras respostas variaram entre 9,74% e 16,88% (muito fácil e muito difícil) respetivamente.

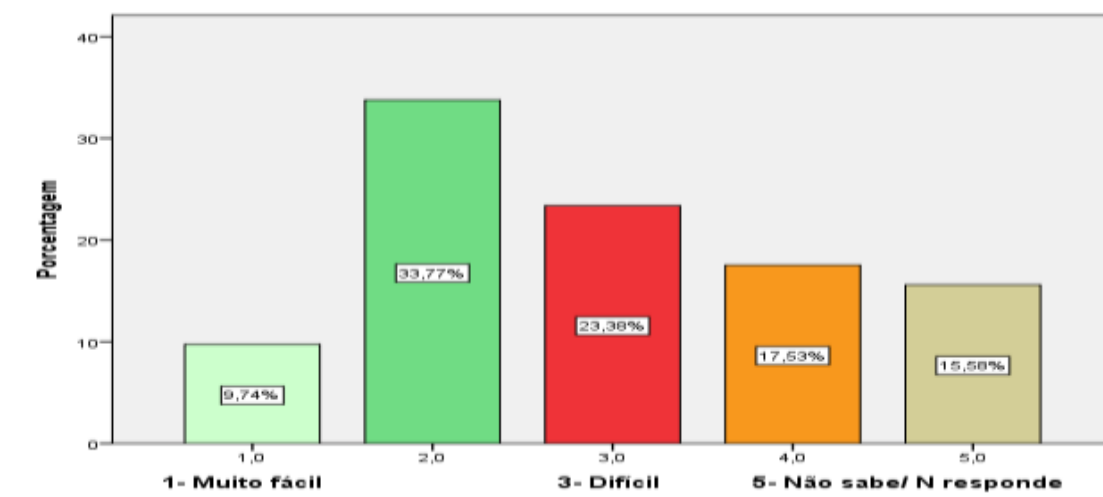
Gráfico 19 “... avaliar como é que a informação oriunda do seu médico ou naturalista se aplica ao seu caso?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

No gráfico 20, a opinião dos indivíduos da amostra, sobre as “vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento” aponta que 33,77% dos inquiridos responderam fácil, 23% difícil, 17,53% muito difícil, 15,58% não responderam à questão e 9,74% responderam muito fácil.

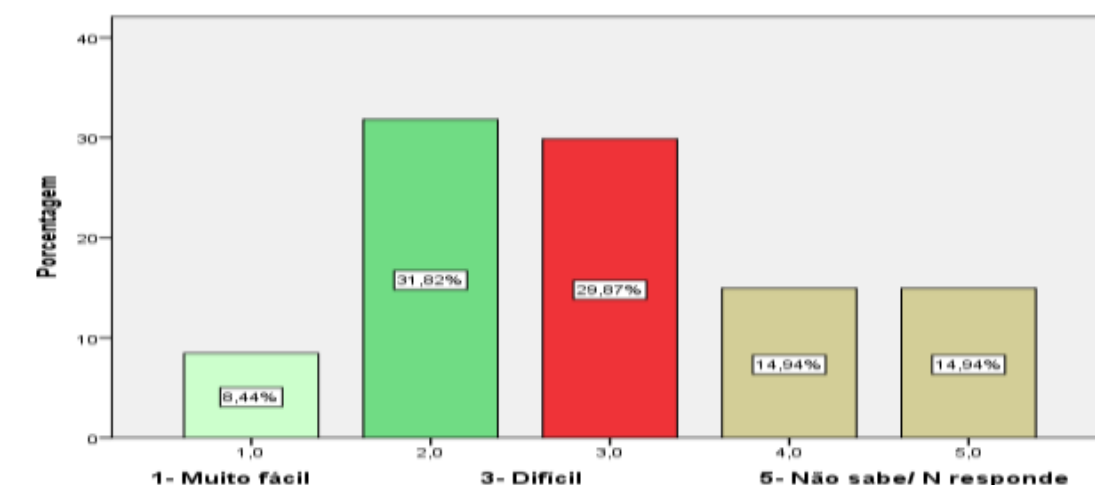
Gráfico 20 “... vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Em relação à questão “avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro naturalista?”, a opção fácil foi a que obteve maior percentagem 31,82%, seguida da opção difícil com 29,87%. As opções “muito difícil” e “não sabe”, ambas obtiverem resultados similares (14,94%). A opção muito fácil obteve apenas 8,44% das opiniões dos respondentes da amostra. Gráfico 21.

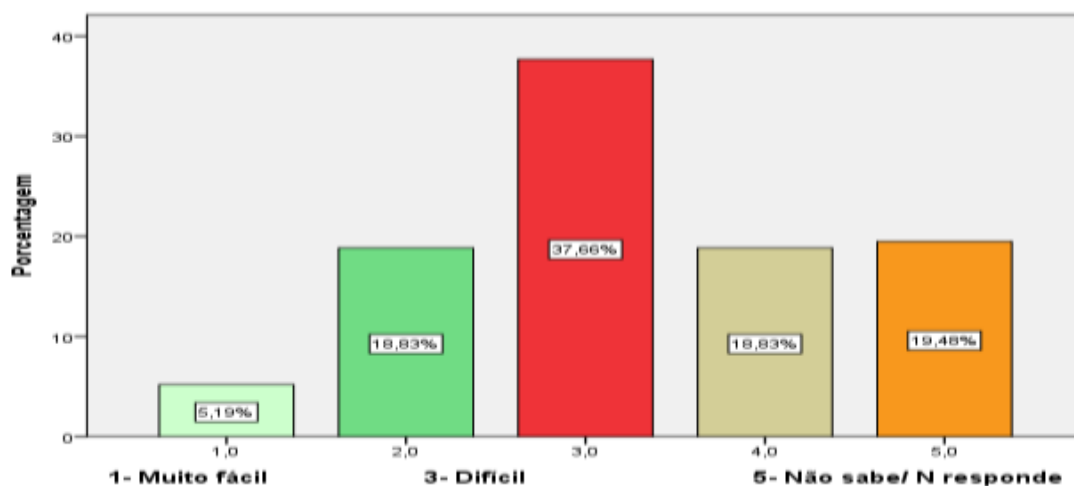
Gráfico 21 “... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico ou naturalista?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

O gráfico 22 ilustra a opinião dos respondentes com relação à avaliação da informação sobre a doença proveniente dos meios de comunicação ser de confiança, a opção (difícil), foi a que maior percentagem obteve (37,66%), as outras opções variaram entre 5% e 19% (muito fácil e não responde) respetivamente.

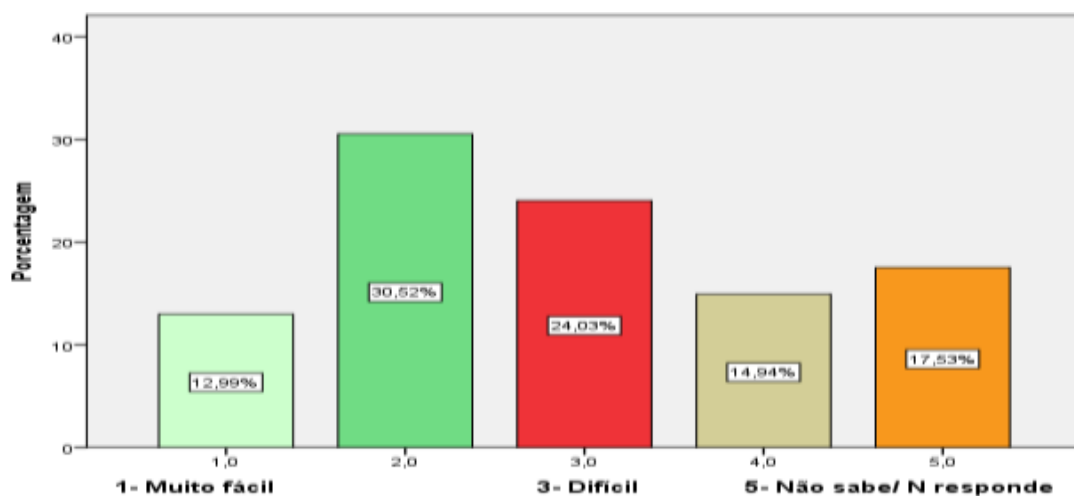
Gráfico 22 “... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?” (por ex. TV, Internet, Folheto informativo ou outros meios de comunicação).



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Em relação à pergunta “usar informação que lhe dão para tomar decisões sobre a sua doença”, os inquiridos responderam fácil (30,52%), difícil (24%), as opções “muito fácil” e “não responde” (12,99% e 17,53%) respetivamente, (gráfico 23).

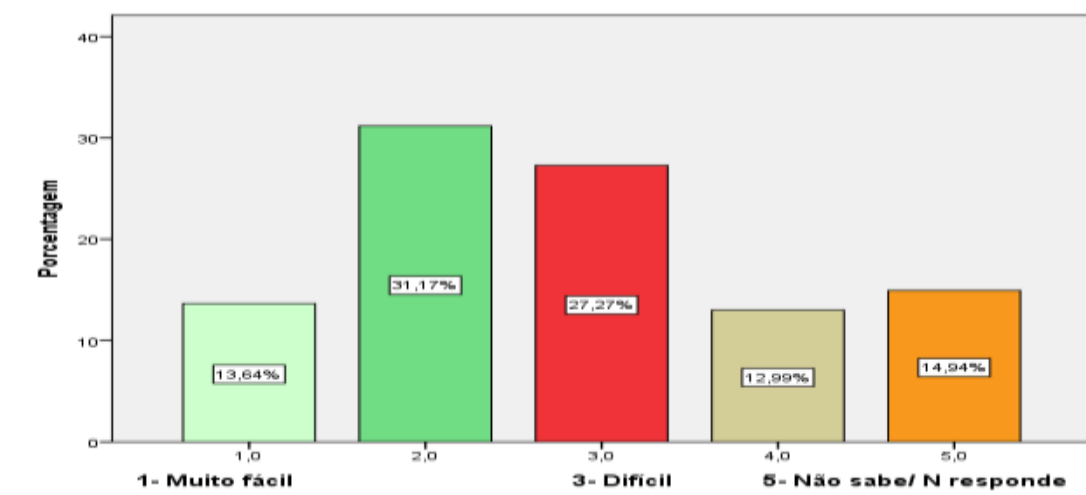
Gráfico 23 “... usar informação que lhe dão para tomar decisões sobre a sua doença?”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

O gráfico 24 apresenta os resultados da questão “seguir instruções sobre a medicação” os indivíduos responderam com maior percentagem a opção fácil (31%), difícil 27%, muito difícil 12,99%, muito fácil 13,64% e não responderam à questão 14,94% dos indivíduos da nossa amostra.

Gráfico 24 “... seguir instruções sobre a medicação”



Fonte: Plano correlacional LiSHua

4.4. Estatística Inferencial

Depois da estatística descritiva, segue-se a estatística inferencial na qual será feita a correlação entre a LS e os dados sociodemográficos e económicos, LS e os indicadores de saúde para se poder dar resposta às hipóteses de investigação formuladas.

4.4.1. Análise da LS e os dados sociodemográficos

No quadro 8 encontra-se o resumo dos testes do Qui-quadrado (X^2) realizados entre a LS e os dados Sociodemográficos e económicos.

Quadro 8. Síntese do resultado do teste de Correlação do Qui-quadrado entre a LS e os dados Sociodemográficos e económicos

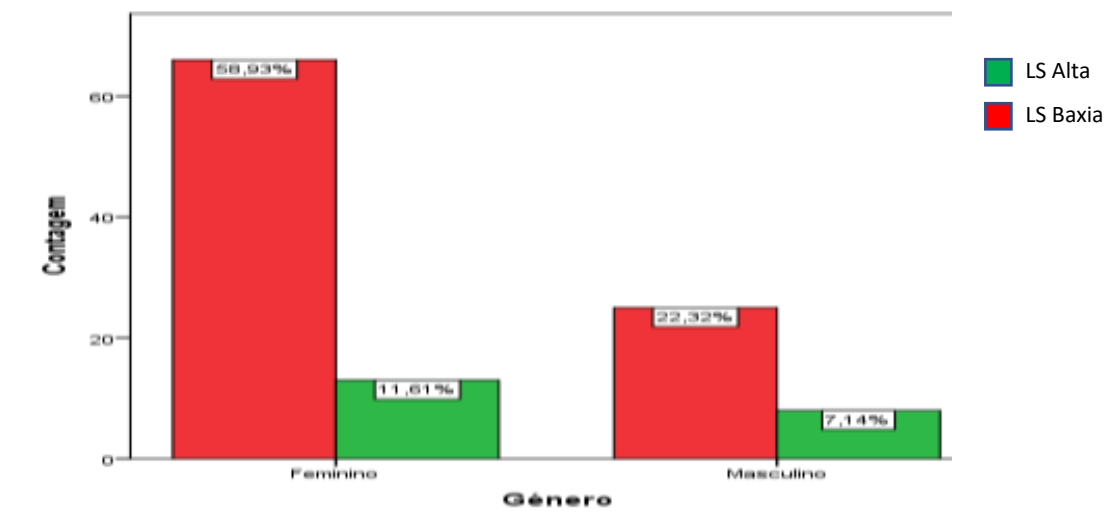
	Género	Idade	Nível de educação	Rendimento
Literacia para a saúde (LS)	0,486	0,027	0,110	0,725

Fonte: Plano correlacional LiSHua

4.4.2 Literacia para a saúde e género

Verificou-se através do teste de X^2 que não há correlação entre a LS e o género. O valor p encontrado foi de 0,486 ($p > 0,05$); neste caso aceita-se a hipótese nula, ou seja, a LS não varia consoante o género.

Gráfico 25. Distribuição percentual da LS de acordo com o género



Fonte: Plano correlacional LiSHua

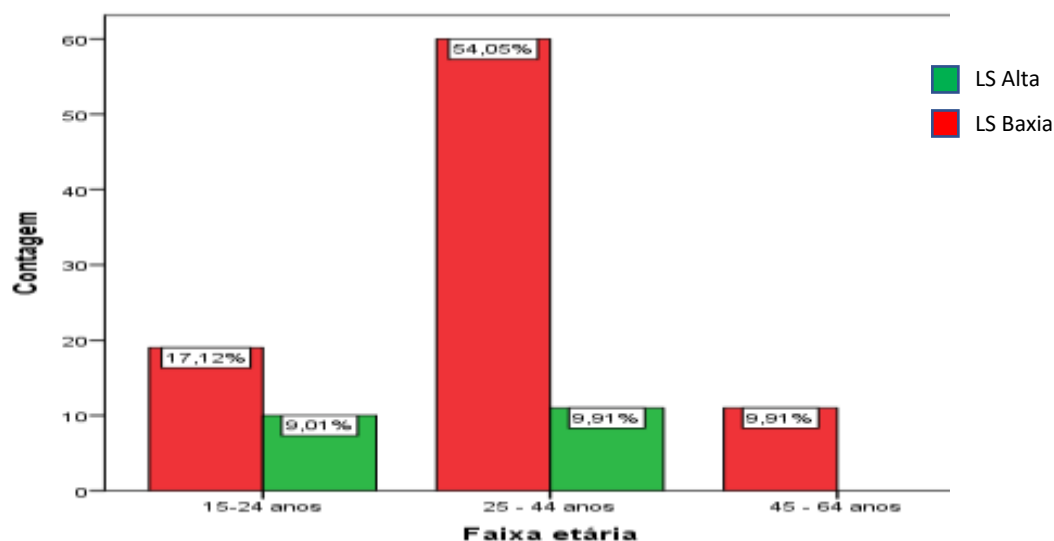
O gráfico 25 revela os valores obtidos entre a correlação (género e LS). Em relação ao género feminino, que representa 70,9% da amostra, 58,93% possui um nível de LS Baixa e apenas 11,61% possui LS Alta, enquanto no género masculino 22,32% possui um nível LS Baixa e apenas 7,14% LS Alta.

4.4.3. Literacia para a saúde e Idade

A correlação entre a LS e a Idade apresentou um valor p de 0,027 ($p < 0,05$), rejeitando-se, portanto, a inexistência de diferenças, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre a LS e a idade.

No gráfico 26 é possível verificar que a LS Alta se apresenta distribuída entre as faixas etárias mais jovens, não tendo sido verificada LS Alta na faixa etária dos 45 a 64 anos.

Gráfico 26. Correlação da LS de acordo com a faixa etária



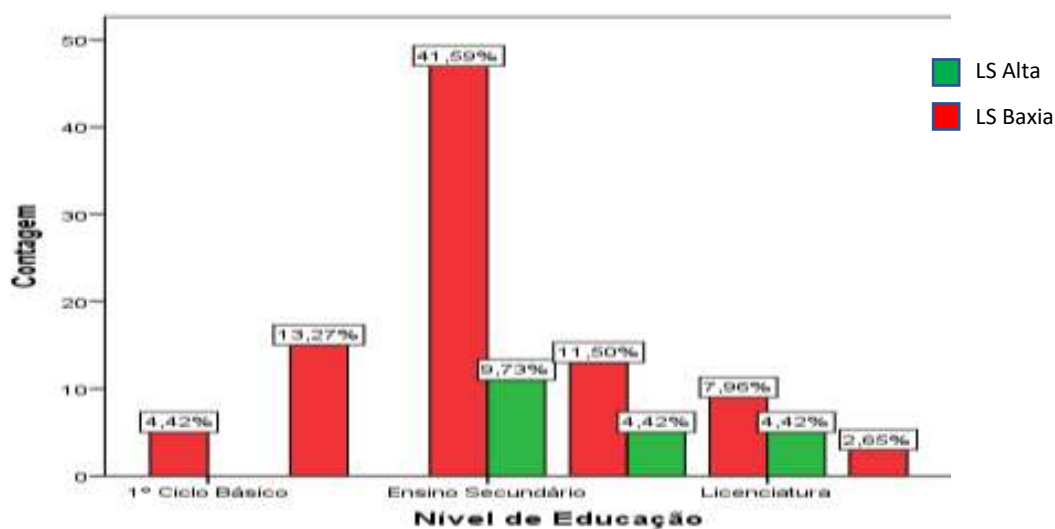
Fonte: Plano correlacional LiSHua

4.4.4. Literacia para a saúde e nível de educação

Verificou-se através do teste de χ^2 a inexistência de correlação entre as duas variáveis, o valor de p foi de 0,110 ($p > 0,05$). Rejeitamos, portanto, a hipótese nula, segundo a qual pretendíamos perceber se os níveis de LS têm alguma relação com o nível de educação da amostra em estudo.

No que concerne ao nível de educação, há que referir o seguinte: dos 81,4% que apresentam LS Baixa, 41,59% da amostra pertencem ao ensino secundário. Os demais níveis apresentaram valores mais equidistantes em relação à LS baixa: no 2º, ciclo 13,27%, no bacharelado 11,5% e com licenciatura 7,96% apresentam LS baixa. Em relação ao nível de LS Alta o ensino secundário destaca-se com 9,73%. (gráfico 27)

Gráfico 27. Correlação da LS de acordo com o nível de educação



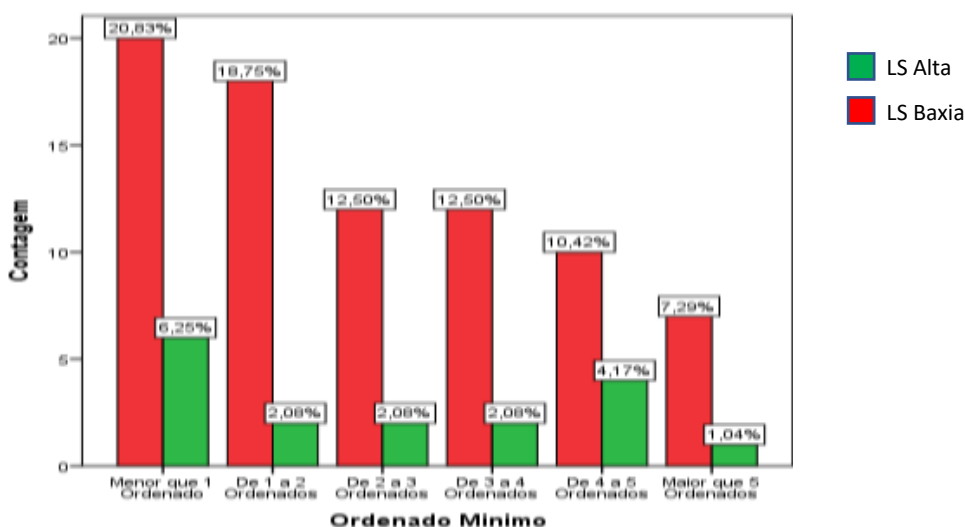
Fonte: Plano correlacional LiSHua

4.4.5. Literacia para a saúde e rendimento

Na relação da LS com o rendimento, o teste X^2 revelou não haver correlação entre as variáveis; o valor de p foi de 0,725 ($p > 0,05$) aceitando-se, portanto, a hipótese nula, quer dizer que os níveis de LS não variam consoante o rendimento.

A despeito de ausência de associação estatística existe uma tendência que aparece apontar alguma ligação entre LS e rendimento: no gráfico 28 ilustra-se que consoante o aumento do rendimento, há um decréscimo nos níveis de LS Baixa, enquanto os níveis de LS Alta apresentam pouca variabilidade à medida que se percebe o acréscimo do rendimento.

Gráfico 28. Correlação da LS de acordo com o rendimento



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Os indivíduos que auferem menores rendimentos apresentam maiores percentagens de LS Baixa, embora os indivíduos com maior rendimento apresentem também maior percentagem de LS Baixa (7,29%) em relação à LS Alta (1,04%).

4.4.6. Análise da LS e os Indicadores de Saúde

A avaliação da correlação da LS com os indicadores de saúde através do teste X^2 , não identificou qualquer relação estatisticamente significativa para o nível de significância de 5%. Os valores de p encontrados são os seguintes: $p = 0,081$ para o indicador “necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outros materiais do seu médico ou farmácia”; $p = 0,548$ do indicador “como está a tua saúde no geral?”, $p = 0,748$ para o indicador “pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde” e $p = 0,229$ para o indicador “durante os últimos 12 meses bebeu qualquer bebida alcoólica?”. Ver tabela 4.

Tabela 4. Teste Qui-quadrado entre a LS e os indicadores de saúde

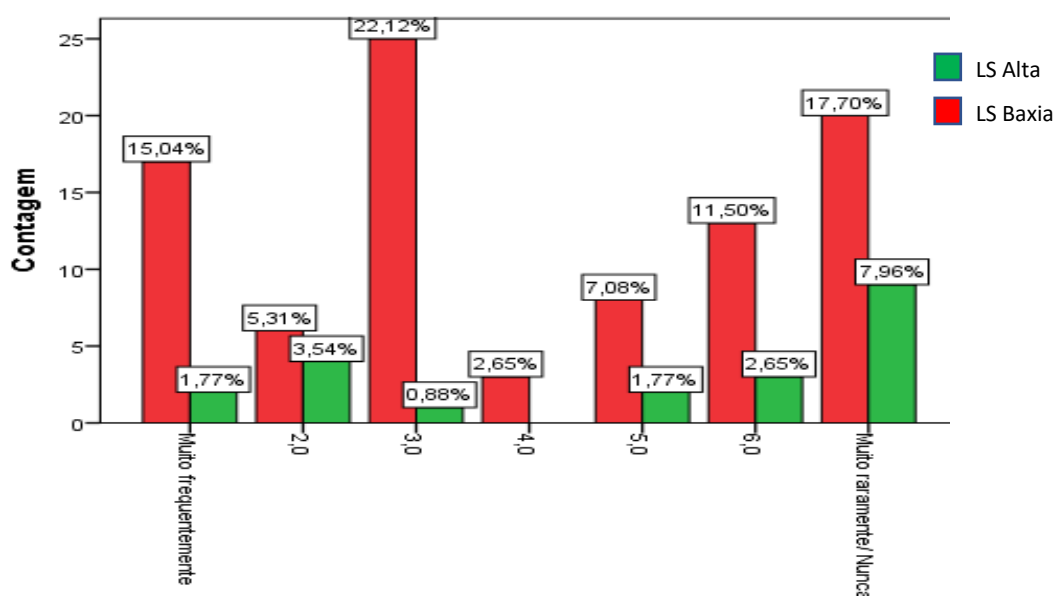
	Qui-quadrado de Pearson
G.1.15. “necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia.”	,081
G.4.1 “Como está a tua saúde no geral”	,548
G.4.2b. “Pode especificar qual a doença de longa duração ou problema de saúde?”	,748
G.7.1 “Durante os últimos 12 meses bebeu qualquer bebida alcoólica?”	,229 ^a

a. Correção de continuidade. Computado apenas para uma tabela 2x2

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Os gráficos que se seguem estão relacionados com a análise da LS e os indicadores de saúde. Quanto ao primeiro indicador G.1.15. “Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia”, dos indivíduos que muito frequentemente necessitam de ajuda 15,04% possuem LS Baixa, enquanto que 17,70% muito raramente ou nunca necessitam de ajuda possuem LS Baixa, a LS Alta foi verificada nos indivíduos que muito raramente ou nunca necessitam de ajuda (7,96%) os outros valores da LS Alta oscilaram entre 3,54% e 0,88% (como se ilustra no gráfico 29).

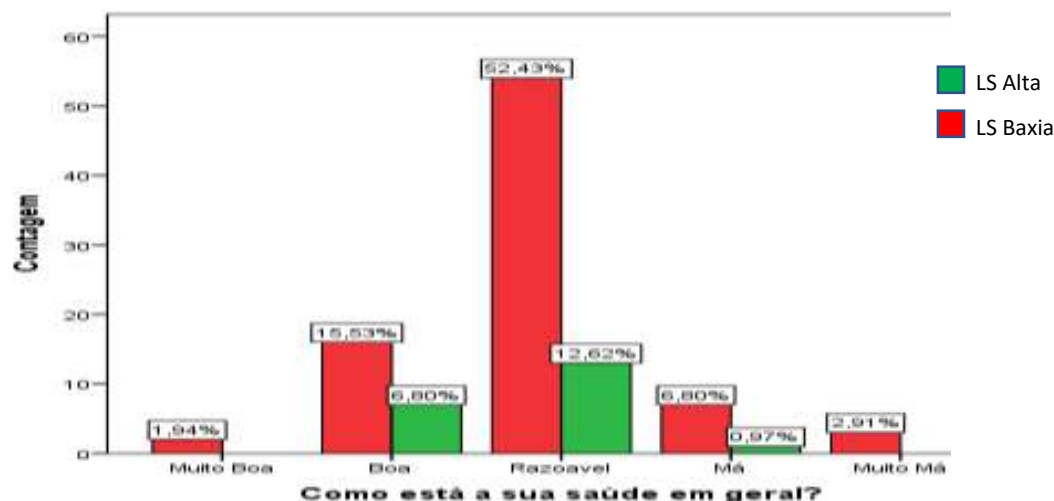
Gráfico 29. Correlação da LS de acordo com o indicador G.1.1 5 “Necessita de alguém para ajudar a ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia”?



Fonte: Plano correlacional LiSHua

Quanto ao indicador G.4.1. “Como está a sua saúde no geral?”, a maioria dos que apresentam LS Baixa admitem que têm “boa saúde”. Dos indivíduos que responderam terem saúde razoável 52,43% têm LS Baixa; os que responderam terem boa saúde (15,53%) apresentam LS Baixa. A LS Alta foi registada em razoável (12,62%) e boa (6,80%) como se pode constatar no gráfico a seguir.

Gráfico 30. Correlação da LS de acordo com o indicador G.4.1” Como está a sua saúde no geral”?

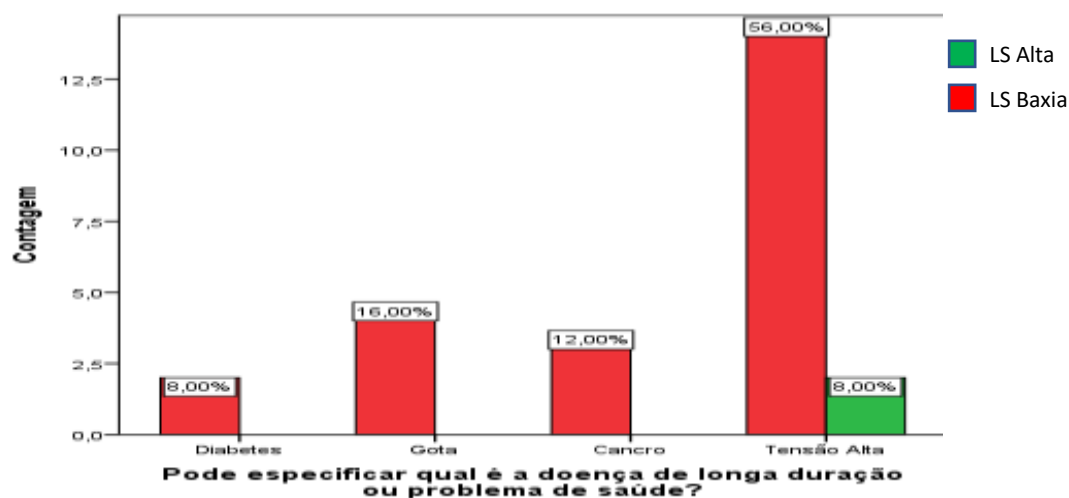


Fonte: Plano correlacional LiSHua

4.4.7. Literacia para a saúde e doenças de longa duração

Do total de inquiridos, 16,2% especificam terem uma doença de longa duração. Entre as doenças, a que foi mais referida foi a tensão alta. Neste caso, 56,0% dos inquiridos com tensão alta, têm um nível de LS Baixa e 8,0% um nível de LS Alta; quanto à gota, cancro e diabetes dos inquiridos (16,0%, 12,0% e 8,0%) apresentam um nível de LS Baixa (respetivamente). (gráfico 31)

Gráfico 31. Correlação da LS de acordo com indicador G.4.2b. "Pode especificar qual a doença de longa duração ou problema de saúde?"



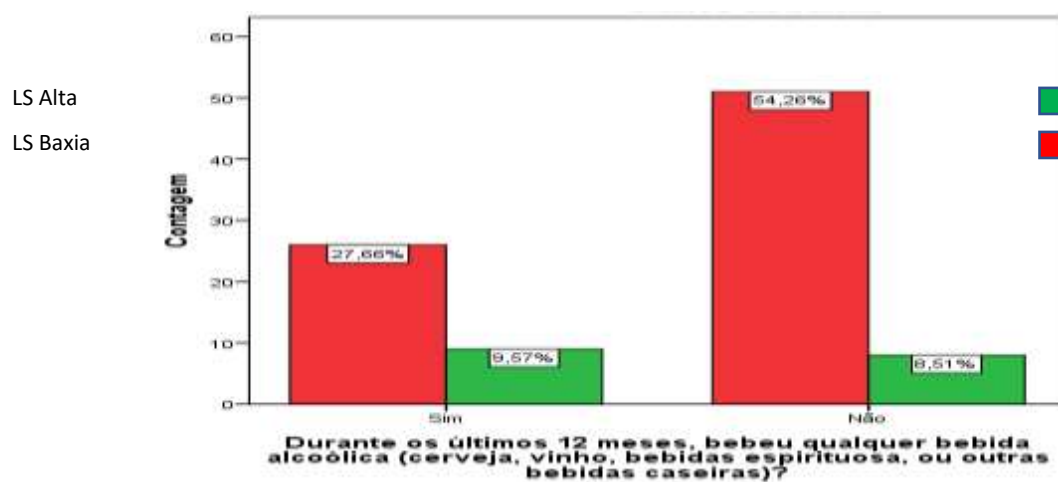
Fonte: Plano correlacional LiSHua

De salientar que a LS Alta foi encontrada apenas em 8,0% dos que têm tensão alta, enquanto para a diabetes, gota o cancro 100% dos indivíduos com doenças apresentam LS Baixa.

4.4.8. Literacia para a saúde e álcool

Dos inquiridos que consomem álcool, 27,66% possuem LS Baixa e 9,57% LS Alta, os que não consomem álcool 54,26% têm LS Baixa e 8,51 LS Alta (Gráfico 32).

Gráfico 32. Correlação da LS de acordo com o indicador G.7.1. "Durante os últimos 12 meses bebeu qualquer bebida alcoólica?"



Fonte: Plano correlacional LiSHua

CAPÍTULO V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentada a metodologia e os resultados encontrados no estudo que avaliou a LS em uma amostra da população da Província do Huambo de etnia ovimbundu, segue-se a discussão que pretende explorar os resultados encontrados à luz da evidência existente. Serão discutidos os resultados sobre a LS relacionados com os dados sociodemográficos/económicos e os indicadores de saúde da amostra.

Segundo a pesquisa feita relacionada ao tema da LS, constatamos que provavelmente é a primeira vez que se investiga sobre o assunto na Província do Huambo, razão pela qual os resultados encontrados não devem ser extrapolados para a População de Angola no geral e do Huambo em particular.

Neste estudo, a amostra é constituída por 154 indivíduos, dos quais 32,7% são do género masculino e 67,3% do género feminino, a idade média é de 32 anos (mediana 31 anos de idade, a idade mínima é de 18 anos e a máxima 70 anos). A percentagem de idosos da amostra é de 2%, correspondendo à percentagem de idosos da população angolana (CENSO, 2014).

Dos inquiridos que foram abordados para participar no estudo, 6,49% desistiram durante o preenchimento do questionário, do total da amostra, 95,45% dos inquéritos foram auto-preenchidos e 4,5% foram preenchidos com ajuda da investigadora.

5.1. Validade do instrumento de medição da literacia para a saúde

Constatou-se uma ótima validade interna da escala que mede a LS validando-se assim a primeira hipótese (Ho) de investigação: o instrumento de avaliação da LS HLS-EU-PT® / LiSan apresenta validade interna (a avaliação de consistência interna da escala apresenta um valor alfa de cronbach de 0,91). Esta constatação está em consonância com os resultados encontrados em Luanda no estudo desenvolvido por Santos, 2016.

5.2. Literacia para a saúde e género

Na nossa amostra não houve diferenças estatisticamente significativas entre a LS e o género. Depois de aplicado o teste de X^2 , o valor encontrado foi $p = 0,486$ ($p > 0,05$) confirmando-se a hipótese H1, na qual os níveis de LS não variam consoante o género. O estudo de Sørensen (2015), revela pequenas diferenças entre ambos os géneros e a LS, com os indivíduos do género masculino a apresentarem valores ligeiramente inferiores em relação ao feminino. Lee et. al (2015), aplicando diferentes ferramentas de avaliação concluiu que as mulheres apresentam valores mais elevados de LS estando associados, por exemplo, a níveis de escolaridade superiores. Também noutro estudo, realizado na Austrália e relacionado com a doença mental, os valores de LS do género masculino são inferiores aos do género feminino com eventuais repercussões na intervenção precoce de patologias psiquiátricas, segundo os autores (Cotton et. al, 2006).

5.3. Literacia para a saúde e idade

No caso da H2, que pretendia avaliar a variação da LS e a idade, verificou-se através do teste do X^2 $p = 0,027$ que existe uma correlação significativa entre a LS e a idade ($p < 0,05$), rejeitando-se a hipótese nula de que a LS não varia consoante a idade para a amostra estudada, e aceita-se a hipótese alternativa. Sørensen (2015), no seu trabalho sobre o estudo Europeu da LS, revela uma correlação significativa entre a idade e a LS, piorando esta à medida que os anos avançam. Cunha et.al (2014) revela que os jovens adultos apresentam scores médios de LS superiores aos dos indivíduos mais idosos, concluindo que a LS apresenta mudanças de acordo com o ciclo de vida.

5.4. Literacia para a saúde e educação

No que respeita ao nível de educação regista-se que a maioria (50,6%) possui o nível secundário, e com o bacharelado e licenciatura encontramos 15,6%. No HLS-EU-PT® / LiSan o nível de educação está avaliado em níveis que vão de 0 (pré-escolar) a 6 (doutoramento ou formação pós-graduada). Aplicámos o teste

de X^2 e obtivemos o valor de $p= 0,110$ ($p>0,05$) demonstrando não haver correlação significativa entre a LS e o nível de educação para a nossa amostra, rejeitando-se, entretanto, a hipótese H3 de que os níveis de LS têm relação com o nível de educação da amostra estudada. É de realçar que a maior parte dos indivíduos da amostra em questão, concluiu o ensino secundário (50,65%), seguido do bacharelado e licenciatura, ambos com 31,7%; no estudo de (Santos, 2016) sobre LS realizado em Luanda constatou-se para o ensino secundário uma distribuição de (45,3%) e para o ensino superior (22,9%).

Vários estudos têm apontado resultados diferentes quando se trata de LS e escolaridade (nível de educação). Cunha et al., (2014), Van Der Heide (2013) e Sørensen (2015) revelam existir correlações significativas entre as duas variáveis, ou seja, quanto maior for o nível educacional maior será a LS do indivíduo.

5.5. Literacia para a saúde e rendimento

Em termos de rendimento, a média é de dois a três ordenados mínimos (40.000 a 60.000 Kz) e a mediana três ordenados mínimos (60.000Kz).

Quanto ao rendimento (ordenado), os resultados demonstraram não existir relação entre os níveis de LS e o rendimento ($p= 0,725$); neste caso, aceita-se a hipótese nula de que os níveis de LS não variam consoante o rendimento (confirma-se assim a H4).

5.6. Literacia para a saúde e doenças de longa duração

Com base nos resultados encontrados, a resposta para a pergunta de investigação “existe uma relação entre os níveis de LS e o estado de saúde da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu”? não permite obter uma resposta linear: não se confirma a existência da relação entre os níveis de LS e o estado de saúde da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu. Os níveis de LS baixa parece indicarem por si só, maus resultados em saúde. Quanto aos **indicadores de saúde** há que realçar que 31,20% muito raramente ou nunca necessitam de ajuda de alguém para ler instruções,

folhetos, bulas, ou outros materiais do seu médico ou farmácia enquanto 16,20% muito frequentemente necessitam de ajuda.

Quanto à hipótese H5: os níveis de LS têm relação com a existência de doença de longa duração, não se verificou correlação significativa com a LS ($p = 0,748$). Apenas 16% especificaram estarem afetados por uma doença de longa duração.

No que diz respeito ao conhecimento da doença de longa duração Williams et al., (2008) refere a LS desadequada como uma enorme barreira no conhecimento da doença crónica. Na diabetes a LS está associada ao conhecimento da doença, autossuficiência e autocuidado do utente, bem como o controlo da glicemia. Isto influencia várias facetas da doença, nomeadamente, as suas complicações, como sejam o incorreto controlo da glicemia na medida em que há desconhecimento dos sintomas associados à hipoglicemia com risco de ocorrência de eventos adversos (Cavanaugh, 2011) ou taxas mais elevadas de retinopatia diabética (Schillinger et al., 2002). Situação semelhante em relação a outra doença crónica, pode aqui ser encontrada: na Hipertensão arterial (HTA), LS baixa pode funcionar como barreira, havendo graves limitações na compreensão da doença, na autogestão de cuidados necessários para o controlo adequado da HTA ou na adesão à terapêutica - pacientes com HTA e inadequada LS têm pressões sistólicas mais elevadas do que pacientes com adequada LS (Williams et al., 1998).

5.7. Literacia para a saúde e álcool

No que respeita ao consumo de álcool, mais de metade da nossa amostra (51,9%) não consome álcool e 14,90% não sabem/não responderam a esta questão. Um terço (33%) responderam que consomem bebida alcoólica.

Quanto à H6 que pretende avaliar a relação da LS com o consumo de álcool o valor encontrado foi $p = 0,229$ ($p > 0,05$) revelando não existir relação estatisticamente significativa entre a LS e o consumo de álcool. Vozikis et al., (2014) na sua investigação, chegou a resultados que demonstraram uma correlação negativa pouco significativa entre LS e o consumo de álcool.

Os dados recolhidos nesta investigação permitem avaliar os níveis de LS da amostra da população do Huambo, os quais revelaram que apenas 18,6% dos indivíduos têm LS Alta, enquanto 81,4% apresenta LS Baixa.

Salienta-se que a responsabilidade pela melhoria dos níveis de LS deve ser compartilhada entre os vários setores: sistema de saúde, sistema educacional e contexto cultural (Melo, 2015).

O PNDS realça uma atenção especial às doenças não transmissíveis como diabetes, cancro, doenças cardiovasculares (desencadeadas pela tensão alta) e a redução de fatores de risco no que concerne ao consumo de drogas e álcool. Tais fatores vão ao encontro ao nosso estudo, uma vez que os dados sobre diabetes e tensão alta evidenciam a baixa LS da população portadora de doença de longa duração. O PNDS dá especial relevo à promoção e ao aumento dos serviços de saúde existentes, para estimular a procura dos mesmos pela população. A importância desse estímulo é notória na nossa amostra uma vez que uma percentagem elevada de inquiridos revelou não saber ou desconhecer se é portador ou não de doença de longa duração.

De acordo com os eixos estratégicos definidos no PNDS, o presente estudo fornece importantes contributos no sentido de clarificar as áreas prioritárias de atuação, através de programas ou projetos, que visem a promoção da saúde através da capacitação da população e da promoção da LS, nomeadamente na presença de doenças de longa duração e consumo de bebidas alcoólicas.

A medicina tradicional, também foi destacada nesta investigação, dada a importância que tem para a população do Huambo de etnia ovimbundu, e pelo realce que tem vindo a ganhar em vários fóruns que se têm realizado na Província. As práticas da medicina tradicional estão relacionadas com o uso da moringa, xandala e outros recursos, tratamentos ou pessoas que ajudam a tratar a doença. Fez-se uma breve análise relativamente ao acesso, compreensão, avaliação e utilização dos serviços de medicina tradicional (grupo 3 do questionário LiSan), desempenhados por naturalistas.

A nossa amostra evidenciou que, em relação ao acesso à informação de sintomas de doenças, aos tratamentos e ajuda especializada, os indivíduos responderam ser difícil ter acesso a estas informações relativamente à

medicina tradicional. Quanto à compreensão da informação, as respostas variaram entre fácil e difícil, como se apresentam os resultados relacionados à medicina tradicional (capítulo IV). No que diz respeito à avaliação da informação, os inquiridos avaliam com facilidade a informação relacionada com a medicina tradicional. Apenas a questão "... avaliar se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?" (por ex. TV, Internet, folheto informativo ou outros meios de comunicação) foi avaliada com dificuldade pelos respondentes. No que concerne a utilização da informação sobre a medicina tradicional, a mesma foi descrita como fácil.

Uma abordagem holística da saúde, como refere o PNDS, deve considerar as práticas de medicina tradicional, na medida em que, de acordo com os dados disponíveis, 72,4% da população recorre a estes serviços (Angola, 2012), o que se reflete numa preocupação de saúde pública. A avaliação de tais práticas foi contemplada no presente estudo sob a forma do questionário LiSan (como se apresenta em anexo 1), que revelou que a grande maioria da população tem LS Baixa (81%), sugerindo a necessidade de mais intervenção e estudo na área das práticas tradicionais. No entanto esta é uma área de difícil acesso como refere Queza (2010), em que muitos dos conhecimentos são mantidos como segredos de família. O estudo de Santos, 2016 revelou igualmente dificuldade ao acesso da informação sobre a medicina tradicional.

CAPÍTULO VI. CONCLUSÕES

O conceito de LS tem vindo a ser objeto de estudo, com maior ênfase nos últimos anos. Neste trabalho quisemos perceber a sua relevância para um grupo populacional específico de Angola. Numa primeira fase, baseámo-nos na literatura disponível para procurar perceber o que pode enquadrar as respostas às questões levantadas, e assim, tentar atingir o objetivo a que nos propusemos: explorar a transculturalização e utilização do conceito de LS e das suas implicações na população do Huambo, em linha com as recomendações da OMS.

LS implica dar ênfase à própria saúde, à saúde da família e da comunidade, procurando compreender os fatores que a influenciam de forma, a saber, lidar com os mesmos. Um indivíduo com um nível de LS baixa, dificilmente tem a capacidade de assumir responsabilidade pela sua própria saúde, visto que a mesma é um preditor de ineficiência geral da utilização dos serviços de saúde, resultando em gastos e desperdícios dos recursos existentes.

Níveis baixos de LS afetam de forma direta a saúde individual ao limitar o desenvolvimento pessoal, social e cultural (OMS, 1998).

Esta investigação é apenas um pequeno passo, e as conclusões aqui apresentadas não devem ser extrapoladas para a generalidade da população da província do Huambo em particular, e de Angola em geral, visto que a amostra não é representativa.

No entanto este estudo exploratório releva a necessidade de aprofundar esta problemática: perante os indicadores de saúde da província do Huambo, a LS emerge como um tema relevante a ter em conta, mas fundamentalmente desconhecido nas suas implicações. A partir do momento em que começa a tornar-se claro que o nível de LS dos indivíduos constitui um fator que condiciona, de forma decisiva, o modo como estes são, ou não, capazes de tomar decisões acertadas relacionadas com a sua saúde, a sua pertinência não pode ser ignorada. Isto afeta, não apenas a qualidade de vida da população, mas também a organização do sistema de saúde angolano, sua eficiência e os ganhos em saúde.

O desenvolvimento deste estudo permitiu compreender a realidade de uma amostra da população do Huambo (154 indivíduos) nas várias dimensões em análise. Estes resultados, em termos gerais, denunciam um longo trabalho a desenvolver de modo a promover o incremento dos níveis de LS.

Santos (2016) afirma que deve haver um esforço para se materializar o empoderamento da população angolana, o que deve ser promovido por todos os setores da sociedade angolana.

Para avaliar a LS utilizou-se o instrumento HLS-EU-PT® adaptado ao contexto angolano (LiSan) numa amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu, o qual revelou ter ótima fidelidade interna (Alfa de cronbach 0,91), apresentando-se como um instrumento adequado para aferir o nível de LS da amostra da população do Huambo. A recolha de dados foi feita de forma convencional junto dos residentes da província do Huambo, através do preenchimento do questionário.

O estudo sobre LS realizado por Santos, 2016 na capital de Angola utilizando uma amostra de 208 indivíduos revelou que 56,8% dos inquiridos apresentou LS Incipiente e 43,2% LS satisfatória. Estes resultados são diferentes dos que foram encontrados no nosso estudo: quanto aos níveis de literacia para saúde da nossa amostra apenas 18,6% têm LS Alta enquanto 81,4% apresenta LS Baixa. Estes resultados refletem o vasto trabalho que se deve desenvolver em termos de promoção de saúde e abre portas para futuras investigações nesta área, por exemplo, de modo a verificar se esta distribuição se reflete na população em geral (com estudos representativos).

Sendo as duas amostras de conveniência, pouco se pode desenvolver, a não ser considerar os próprios resultados obtidos em função, por exemplo, das variáveis socioeconómicas. No caso da amostra de Luanda os níveis de escolaridade eram substancialmente superiores aos da amostra do Huambo.

A amostra está constituída por 32,7% inquiridos do género masculino e 67,3% do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos. A idade média é de 32 anos, e 50,60% concluíram o ensino secundário enquanto 15,60% obtiveram o bacharelado ou licenciatura.

Quanto às correlações entre a LS e o género, idade, nível de educação e rendimento, os resultados revelaram existir correlação significativa entre a LS e a Idade, demonstrando que quanto mais velho se é menos LS se possui. Os restantes resultados revelam a necessidade de estudos mais robustos para que se possam retirar outras conclusões.

De forma sucinta, rejeitam-se as hipóteses H2 e H3 (os níveis de LS não variam consoante a idade; os níveis de LS têm relação com o nível de educação) e aceitam-se as hipóteses H1 e H4 (os níveis de LS não variam consoante o género; os níveis de LS não variam consoante o rendimento).

As restantes hipóteses relacionadas com os indicadores de saúde não tiveram igualmente correlação com a LS. Assim não foi possível apurar se “existe relação entre os níveis de LS e o estado de saúde da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu”, apesar de existir maior percentagem de LS Baixa para os inquiridos que referem ter tensão arterial alta, diabetes e consumir álcool. Nesta amostra 16,2% especificaram ter doença de longa duração. Dos indivíduos que têm tensão alta, 12,5% apresentam níveis de LS satisfatórios, enquanto para a diabetes todos os indivíduos apresentam LS Baixa. Estes dados corroboram a ideia de que a LS também deve ser promovida junto de pessoas portadoras de doença, facilitando assim os seus níveis de bem-estar e saúde na condição que vivenciam. A existência de níveis baixos de LS pode afetar diretamente a saúde das pessoas por limitar o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural. No caso de doenças crónicas como a hipertensão e a diabetes, vários estudos demonstram que as populações com níveis baixos de LS possuem menos conhecimento sobre a doença e o respetivo tratamento, em comparação com as populações com nível de literacia adequado (Melo, 2015).

O nosso estudo evidenciou a necessidade de intervenções urgentes em promoção da saúde. Entre as áreas prioritárias, pode destacar-se a prevenção de doenças como a diabetes, gota ou cancro, em que não foi identificado nenhum indivíduo com LS Alta.

Esses dados são relevantes para a saúde pública, uma vez que as implicações decorrentes das patologias referidas têm custos elevados para o sistema de saúde.

No setor da saúde a responsabilidade pela promoção de saúde deve ser partilhada entre os indivíduos, grupos comunitários, profissionais de saúde, serviços e ação governativa. Todos devem trabalhar em conjunto no sentido de adotar um sistema de cuidados de saúde que contribua para a prossecução da saúde. Estes cuidados devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nos mercados (informais), de modo a promover uma melhor saúde da população da província do Huambo.

Apesar do PNDS realçar que em Angola 72% da população recorre aos serviços de medicina tradicional, o nosso estudo revelou alguma dificuldade em relação ao acesso, compreensão e avaliação da informação relativa à medicina tradicional, bem como alguma facilidade em relação à utilização da informação relacionada com a medicina tradicional. No capítulo IV, apresentamos algumas análises de diferentes questões sobre a medicina tradicional e podemos concluir que a maior parte das respostas variou entre difícil, muito difícil e alguns indivíduos questionados não responderam às perguntas, aspecto que demonstra a falta de informação consistente nesta área que faz parte dos usos e costumes da população do Huambo.

CAPÍTULO VII. LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo apresenta entre outras limitações o instrumento e o método de recolha de dados. Como investigação de carácter exploratório, importava poder olhar de modo mais compreensivo para o nosso objetivo de estudo. Isto obrigou a recorrer a um instrumento o mais abrangente possível o que teve como consequência que alguns inquiridos o considerassem ser extenso - o que lhes consumiria muito tempo.

A especificidade das questões levou a alguma desistência ao longo da aplicação do questionário. Alguns dos inquiridos referiram pouca vontade durante a aplicação do mesmo, podendo existir o viés na interpretação dos indicadores e resposta rápida (não necessariamente a mais compatível à sua realidade), para todo o processo ser mais rápido. Assim o instrumento utilizado para esta investigação (questionário LiSan), apesar de validado para a população angolana, necessita agora de uma revisão no sentido de uma redução do número de itens, à semelhança do desenvolvimento de uma short version (versão reduzida do questionário HLS-EU-PT® que passou de 47 para 16 itens) hoje usada em contextos culturais onde se verificou funcionar a versão completa dos 47 itens.

Apesar da total disponibilidade da investigadora em repetir, fazer pausas entre as perguntas, dando a possibilidade aos inquiridos refletirem tal como descrito por Parikh et al. (1996), constatou-se um sentimento de vergonha pode estar associado à incapacidade de responder, com respostas que podem mascarar o desconhecimento relativo a perguntas do questionário.

Isto leva-nos a sugerir que um aprofundamento etnográfico sobre o conceito de saúde e literacia para a saúde que cruza os saberes tradicionais e os que a ciência normalizada traz para o cenário Angolano, deve ser desenvolvido.

Quanto à forma de recolha, o fato de ser por conveniência, não permite proceder as generalizações para a população do Huambo de etnia ovimbundu.

Assim, recomenda-se:

- Desenvolver estratégias de promoção da saúde direcionadas à população do Huambo, de etnia Ovimbundu, visando maior

compreensão da sua LS, com a mesma intensidade em ambos os géneros;

- Intensificar medidas de promoção da LS nas faixas etárias mais avançadas, que apresentam declínio dos níveis de LS quando comparados com os mais jovens;
- Dirigir ações específicas de promoção da LS adequada aos níveis de escolaridade e rendimento;
- Realizar campanhas de promoção da saúde e prevenção das doenças, nomeadamente às doenças não transmissíveis de longa duração, de modo a que a população valorize mais os serviços de saúde convencionais;
- Capacitar a população de etnia ovimbundu através da promoção da LS, visando o estímulo aos estilos de vida saudáveis (ex. não consumo de álcool) e ao autocuidado em casos de doenças de longa duração (diabetes e tensão alta).

Propomos que algumas perguntas do questionário sobre a LS (Grupo 3) em relação a medicina tradicional que sejam melhor adaptadas ao contexto do Huambo:

Pergunta 3... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?

Propomos que seja substituída por: descobrir o que fazer em caso de necessidade de um naturalista?

Pergunta 6. Compreende a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?

Propomos: compreende a informação que é passada pelo naturalista sobre o medicamento tradicional?

Pergunta 11. Avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança? (por ex. TV, internet, folheto informativo ou outros meios de comunicação).

Propomos: avaliar, se a informação sobre a doença, que é passada pelo naturalista é de confiança?

Outra questão do grupo 3 (LS) que os respondentes alegaram muita dificuldade foi a pergunta 15. ... “chamar uma ambulância ou socorro em caso de emergência?”. Provavelmente chamar uma ambulância seja difícil, por um lado

pelo constante crescimento da população, por outro pelo ineficiente investimento em políticas de saúde pública, não conseguindo responder às exigências dos indivíduos, conduzindo deste modo a uma degradação do estado de saúde da população que se reflete num serviço precário de emergência e socorro.

O PNDS reconhece que os maus resultados em saúde pública que o País continua a enfrentar, estão relacionados ao crescimento constante da população e ao ineficiente investimento em políticas de saúde pública que conduzem a uma degradação do estado de saúde da população. Esta situação fez despoletar a procura de processos tradicionais pela população, a fim de responder as suas necessidades de gestão da doença.

A presente investigação utilizou uma amostra reduzida. Mesmo que o instrumento utilizado apresente validade interna, com a amostra de conveniência assim reduzida, este estudo somente representa um pequeno contributo que abre portas para investigação na população do Huambo de etnia ovimbundu, em particular, e de Angola, no geral. Consequentemente não é possível a generalização dos seus resultados para a população onde foi seleccionada a nossa amostra. Fica explicitada a necessidade da realização de estudos futuros mais robustos que possam abranger todo o País.

Finalmente este estudo evidencia a necessidade de adoção de medidas por parte do Serviço Nacional de Saúde para a implementação de estratégias de promoção da Literacia para a Saúde a nível Nacional.

BIBLIOGRAFIA

ABEL, T. Measuring health literacy: Moving towards a health-promotion perspective. *International Journal of Public Health*, 53, (2008). 169-170. Editorial

AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY FOR THE COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION – Health literacy: report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*. 281: 6 (1999) 552-557.

AFONSO, A.; NUNES, C. –Estatística e probabilidades: aplicações e soluções em SPSS. Lisboa: Escolar Editora, 2011.

ANGOLA. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025: mais e melhor saúde. [Em linha]. Luanda: Ministério da Saúde, 2012. 2 vol. [consultado em 15 fev. 2017]. Disponível em <https://www.mindbank.info/item/3460>.

ANGOP. Agência Angola Press. Importância da medicina tradicional em debate. Huambo. 2004. [consultado em 5 janeiro 2018]. Disponível em http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2007/10/48/Huambo-Importancia-medicina-tradicional-debate,b80cd2a4-7cce-47fc-9f4d-9217577387a3.html.

ANTONOVSKY, A. – A call for a new question: salutogenesis and a proposed answer: the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*. 2: 1 (1984) 1-13.

BAKER, D.W.; PARKER, R.M.; WILLIAMS, M.V.; CLARK, W.S. – Health Literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine* 13(12) 1998.

BAKER, D. W. – The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21: 878.

BAKER, D.W.; WOLF, M.S.; FEINGLASS, J.; THOMPSON, J.A.; GAZMARARIAN, J.A.; HUANG, J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167 (2007)1503-1509.

BAKER, D.W. *et al.* – Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*. 13: 12 (2000) 791-798.

BERKMAN, N.; DAVIS, T.; McCORMACK, L. – Health literacy: what is it? *Journal of Health Communication*, 15 (2010) 9-19.

BERKMAN, N.D. *et al.* – Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 155: 2 (2011) 97-107.

BOSTOCK, S.; STEPTOE, A. – Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*. 344 (2012) e 1602.

CANADA. FEDERAL PROVINCIAL AND TERRITORIAL ADVISORY COMMITTEE ON POPULATION HEALTH – Toward a healthy future: second report on the health of Canadians. [Em linha]. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999. [Consultado em 20.10.2017]. Disponível em <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-468-1999E.pdf>

CAVANAUGH, K.L. – Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*. 1: 2 (2011) 191-199.

CENTER FOR HEALTH STRATEGIES – Fact sheet: What is health literacy? Princeton, NJ: CHCS, 2000.

CENSO. Instituto Nacional de estatística. Recenseamento Geral da População e Habitação. 2014

Cotton, S.M.; Wright, A.; Harris, M.G.; Jorm, A.F.; McGorry, P.D. Influence on gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 2006. 790-796.

CRUZ, A.S. Estudo Comparativo entre o perfil linguístico do falante urbano do Lubango e do Huambo e suas implicações no ensino do Português. Tese de Doutoramento em estudos Portugueses/Especialidade de Ensino em Português. 2013.

CUNHA, M., *et al.* – Implications of literacy for health for body mass index. *Atencion primaria*. 46: Espec Cong 1 (2014). 180-186.

DECRETO PRESIDENCIAL nº 262/10. Diário da República de Angola. 1ª Série. 222 (28-12-10) 3633-3659.

DELGADO-MARTINS, M.R. – Literacia e sociedade. Lisboa: Caminho, 2000.

DE WALT, D.A. *et al.* – Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*. 19: 12 (2004) 1228-1239.

FERREIRA, J. - D. Daniel Gomes Junqueira, bispo de Nova Lisboa (Huambo), Angola. *Sacerdotes Poveiros [blogue]*. (23 de abril de 2012). [Consult. 05.09.2017]. Disponível em <http://sacerpov.blogspot.pt/2012/04/5.html>.

FREEDMAN, D. *et al.* – Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*. 36: 5 (2009) 446-451.

FRISCH, AL. *et al.* – Defining and measuring health: how can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*. 27: 1 (2011) 117-126.

GRIFFEY, R.T. *et al.* – Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Academic Emergency Medicine*. 21: 10 (2014) 1109-1115.

HOWARD, L. M. *et al* – Health literacy predicts pediatric dosing accuracy for liquid zidovudine in Mozambique. Published in final edited form as: *AIDS*. 2014 April 24; 28(7): 1041–1048. doi:10.1097 2014.

INFO- ANGOLA. Desenvolvimento da medicina tradicional vai contribuir para combater a pobreza. Angola. 2012. [consultado em 5 janeiro 2018]. Disponível em http://www.info-angola.com/index.php?option=com_content&view=article&id=3731:desenvolvimento-da-medicina-tradicional-vai-contribuir-para-combater-pobreza&catid=658&Itemid=1748

INSTITUTE OF MEDICINE - Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.

KALICHMAN, S.C.; RAMACHANDRAN, B.; CATZ, S. – Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *Journal of Internal Medicine*. 14 (1999) 267- 273.

KICKBUSCH, I. – Health literacy: addressing the health and education divide. *Health International*. 16: 3 (2001) 289-297.

KICKBUSCH, I. *et al.*, ed. lit. – Health literacy: the solid facts. Geneva: World Health Organization, 2013.

KICKBUSCH, I.; WAIT, S.; MAAG, D. – Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future, 2006.

KOBYLARZ, F.A.; POMIDOR, A.; HEATH, J.M. – SPEAK a mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics*. 61: 7 (2006) 20-26.

KUTNER, M. *et al.* – The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy. Washington, DC: National Center for Education Statistics. U.S. Department of Education, 2006 (NCES 2006-423).

LAM, L.T.; YANG, L. – Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12-16 years old population, Nanning, China, 2012. *Archives of Public Health*. 72: 1 (2014) doi: 10.1186/2049-3258-72-11.

Lee, H.Y.; Lee, J.; Kim, N.K. Gender differences in health literacy among Korean adults: Do women have a higher level of health literacy than men? *American Journal of Men's Health*, 2015. 9(5), 370-379.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. - Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-4399-9.

MELO, L.C.F. – Relação entre literacia em saúde, adesão à terapêutica e crenças sobre a medicação de uma população utilizadora de medicamentos no Brasil. Coimbra: Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra, 2015. Mestrado em Farmacologia Aplicada.

MONTEIRO, D. H. – Tradições nacionais e identidades: recolha e estudo de canções festivas e de óbito Kongo e Ovimbundu. Porto: Faculdade de Letras.

Universidade do Porto, 2014. 2º Ciclo de Estudos em Estudos Literários. Culturais e Interartes. Ramo de Estudos Comparatistas.

MONTEIRO, M. M. - A literacia em saúde. [Em linha]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2009. Dissertação elaborada no âmbito do curso de Mestrado em Ciências da Educação. [Consult. 22 Dez. 2017]. Disponível em <file:///C:/Users/JPFAR~1/AppData/Local/Temp/A%20literacia%20em%20saúde-1.pdf>.

MUTEKA, F.T. Consumo de álcool em Angola: estudo com militares e civis. Instituto Superior da Saúde- Norte. Departamento de Psicologia /UnIPSa. Dissertação de Mestrado. 2012. Consultado em 5 de Fev. 2018.

NIELSEN-BOHLMAN, L.; PANZER, A.M.; KINDIG, D.A., ed. lit. – Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: Committee on Health Literacy. Institute of Medicine. The National Academies Press, 2004.

NUTBEAM, D. – Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15 (2000) 259–267.

OECD – Learning a living: first results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012. [Consult. 20.01.2018]. Disponível em <http://www.oecd.org/education/innovation-education/34867438.pdf>.

OMS – Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

PARIKH, N.S. *et al.* – Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*. 27: 1 (1996) 33-39.

PARKER, R. – Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*. 15: 4 (2000) 277-283.

PEERSON, A.; SAUDERS, M. – Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*. 24 (2009) 285-296.

PELIKAN JM, RÖTHLIN F, GANAHL K. Comparative report on health literacy in eight: The European Health Literacy Project 2009-2012. 2012;

Plano Estratégico da Setor da Saúde (PSSS) Moçambique. 2014-2019. [consultado em 3 junho 2018]. Disponível em http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/mozambique/pess_30_setembro_2013_detailh_com_anexos_vf_celia.pdf.

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II. Cabo Verde. 2009-2017. [consultado em 3 junho 2018]. Disponível em <file:///C:/Users/hp/Documents/Atigos%20Dissertação/DISSERTAÇÃO/Plano%20nacional%20de%20saúde%20de%20Guiné-%20Bissau.pdf>.

Política Nacional de Saúde: reformar para uma melhor saúde. Cabo Verde. Praia. 2007 [consultado em 3 junho 2018]. Disponível em https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20%282%29.pdf.

PLEASANT, A.; McKINNEY, J. Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*, 59, (2011) 95-106.

QUEZA, A. J. – Sistema Nacional de Saúde angolano e contributo à luz do SNS português. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 2010. Mestrado Integrado em Medicina.

RATZAN, S.C. – Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*. 16 (2001) 207-214.

RATZAN, S.C. *et al.* – National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health. Department of Health and Human Services, 2000.

RODRIGUES, S.M.N – Contribuição para a validação dos parâmetros psicométricos do inventário de expetativas e crenças pessoais acerca do álcool para adolescentes do Município do Lubango- Angola. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da vida. 2013. (21) Mestrado em Psicologia.

ROOTMAN, I.; GORDON-EL-BIHBETY, D. – A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association, 2008.

SÁ, R. M. - Formação de profissionais de saúde e da população em geral pode trazer melhorias na assistência médica. [Em linha]. *Jornal da Saúde*. 5: 57 (2015) 3. [Consult. 16 mar. 2017]. Disponível em <http://www.jornaldasaude.org/edicoes/janeiro 2015.pdf>.

SABOGA-NUNES, L. – Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*. 11: III Série – Supl. (2014) 94–99.

SABOGA-NUNES, L.; FREITAS, O.; CUNHA, M. – Renasceres: um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. *Revista Servir*. 59: 1 (2016) 7-16.

SABOGA-NUNES, L. et al. – Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). [Em linha]. *Atención Primaria*. 46: Supl. 5 (2014) 13. [Consult. 20 janeiro. 2018]. Disponível em [doi:10.1016/S0212-6567\(14\)70069-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70069-1).

SABOGA-NUNES, L.; SØRENSEN, K.; PELIKAN, J. M. et al. – Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, Lisboa, 8, 14 a 16 de Abril de 2014. [Em linha]. Évora: Universidade de Évora, 2014. 1-16. [Consult. 20 janeiro. 2018]. Disponível em http://www.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0526.pdf.

SANTOS, T.C.B.S. – Literacia para a saúde no contexto angolano: contributos para a validação do instrumento de avaliação da literacia para saúde: European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT®). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2016. Mestrado em Saúde Pública.

SANTOS, O. – Health Literacy: empowering the person with overweight for the control and reduction of body weight. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade* 2010. vol.4 nº3.

SCHILLINGER, D. et al. – Association of health literacy with diabetes outcomes *JAMA*. 288: 4 (2002) 475-482.

SIMONDS, S. K. – Health education as social policy. *Health Education Monographs*. 2: 1 (1974) 1- 25.

SØRENSEN, K. *et al.* – Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 12 (2012) 80.

SØRENSEN, K. *et al.* – Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 25: 6 (2015) 1053-1058.

SULLIVAN, G.D.; BINDMAN, A.B. – Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*. 288: 4 (2002) 475-482.

TOMÁS, C. C. – Literacia em saúde na adolescência. [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2014. Tese de candidatura ao grau de doutor em Ciências de Enfermagem. [Consult. 15 jul. 2016]. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81283/2/104870.pdf>.

TONES, K. – Health literacy: new wine in old bottles. *Health Education Research*. 17 (2002) 287-290.

UNESCO – Education: Literacy. Paris: UNESCO, 2003. [consultado em 1 de setembro 2017]. Disponível em www.unesco.org/en/literacy.

VAN DEN BROUCKE, S. – Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*. 72: 1 (2014) 10. doi: 10.1186/2049-3258-72-10.

VAN DER HEIDE, I.; WANG, J.; DROOMERS, M.; SPREEUWENBERG, P.; RADEMAKERS, J.; UITERS, E. The relationship between health, education and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18, 2013.172184.

VOZIKIS, A.; DRIVAS, K.; MILIORIS, K. Health literacy among university students in Greece: Determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*, 72(15) 2014.

WILLIAMS, M.V. *et al.* – Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*. 158: 2 (1998) 166-172.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global Status Report on Alcohol 2004. Abuse Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Health Literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO, 1978. [Consultado em 25 setembro 2017]. Disponível em http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. [Em linha]. Ottawa: WHO, 1986. [Consultado em 25 setembro 2017]. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WORD HEALTH ORGANIZATION – 9TH Global Conference on Health Promotion, Shanguai, 21 – 24 November, 2016. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>

ZARCADOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. – Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 20 (2005) 195-203.

ANEXOS

Anexo 1. Questionário LiSan



LiSan estudo sobre o estado de saúde dos habitantes de Angola



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública



Saúde e bem-estar em Angola

Caro Senhor (a)

Com este inquérito, pretende-se realizar um estudo que visa identificar recursos de proteção da doença e promoção de saúde em Angola (o que terá uma duração de cerca de 30 minutos). A sua participação é essencial pois pretendemos com este estudo propor medidas para minimizar os problemas encontrados e contribuir para melhorar o bem-estar das populações. A sua colaboração na resposta a estas perguntas, ajudará a compreender melhor a importância que as mesmas assumem na promoção da sua saúde. Assim, esperamos contribuir para um futuro com mais e melhor saúde.

A sua participação é voluntária e tem o direito de recusar ou interromper o questionário a qualquer momento. Está disponível para participar?

Concordo ☐

Discordo ☐

Preencha estas folhas respondendo sinceramente a cada pergunta marcando com uma ⊗ a opção que na sua opinião é a mais correta.

Obrigado pela sua colaboração.

Não existem respostas certas ou erradas. Os resultados obtidos são confidenciais e utilizados para fins meramente estatísticos deste projeto. Indique, por favor, a hora e minutos em que vai iniciar o preenchimento do questionário ____: ____

Marque com um X o número que se expressa a sua opinião a cada uma das seguintes perguntas. Os números ① e ⑦ são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do nº ① corresponde ao que pensa, selecione-o com um X. Se pensar diferentemente selecione o número que melhor expresse os seus sentimentos. Dê por favor uma só resposta a cada pergunta

Grupo 1			
1. Sente que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	Muito raramente	①②③④⑤⑥⑦	Muito frequente não me interessa
2. Já lhe aconteceu ter sido desapontado/a por pessoa com quem contava na vida? (ex: amigos, famílias e outros)	Nunca aconteceu	①②③④⑤⑥⑦	Sempre aconteceu
3. Tem sentimento de que não é tratado/a com justiça no seu país?	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Raramente ou nunca
4. já se sentiu algumas vezes numa situação em que ficou sem saber o que fazer?	Acontece sempre	①②③④⑤⑥⑦	Nunca acontece
5. Aquilo que faz diariamente é	Uma fonte de profundo satisfação e prazer	①②③④⑤⑥⑦	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento
6. Tem sentimento e ideias muito confusas	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Muito raramente ou nunca
7. Já sentiu com alguma frequência que falhou em certas situações do passado?	Nunca aconteceu	①②③④⑤⑥⑦	Acontece frequentemente
8. Quando alguma coisa acontece, geralmente acaba por verificar que:	Avaliou mal a dimensão do problema	①②③④⑤⑥⑦	Avaliou corretamente a dimensão do problema
9. Com que frequência sente que tem pouco sentido as coisas que faz na sua vida diária?	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Muito raramente ou nunca
10. Com que frequência tem o sentimento que duvida poder controlar?	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Muito raramente ou nunca
11. Em muitos aspetos, a sua vida aproxima-se dos seus ideais	Totalmente em desacordo	①②③④⑤⑥⑦	Totalmente de acordo
12. As suas condições de vida são excelentes	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Muito raramente ou nunca
13. Até agora, conseguiu obter aquilo que era importante na vida	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Muito raramente ou nunca

14. Se pudesse viver a sua vida de novo, não alteraria praticamente nada	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca
15. Precisa de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outros materiais do seu médico ou farmácia	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca

Grupo 2			
1. Por dia, para se manter com saúde, quantas vezes acha que deve comer <u>②</u> Ve zes <u>③</u> ve zes <u>④</u> ve zes <u>⑤</u> ve zes <u>⑥</u> ve zes <u>⑦</u> ve zes por dia			
2. Por dia (independentemente se são refeições principais ou lanches, selecione o número de vezes que come) <u>②</u> Ve zes <u>③</u> ve zes <u>④</u> ve zes <u>⑤</u> ve zes <u>⑥</u> ve zes <u>⑦</u> ve zes por dia			
3 Por dia, que quantidade de água bebe em média de modo regular? _____ litros <input type="radio"/> Não sabe/não responde <input type="radio"/> Menos de meio litros de água <input type="radio"/> Entre meio litro e um litro <input type="radio"/> Entre um litro e litro e meio <input type="radio"/> mais de um litro e meio			
4 Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tem bebido regularmente? _____ litros <input type="radio"/> Menos de meio litros de água <input type="radio"/> Entre meio litro e um litro <input type="radio"/> Entre um litro e litro e meio <input type="radio"/> mais de um litro e meio <input type="radio"/> Não sabe/não responde			
5. Bebe café chá ou outra bebida com cafeína	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca
6. Diariamente está ao ar livre durante pelo menos 20 min para beneficiar da luz solar	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca
7. Sente-se confiante na vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca
8. Sente-se confiante na vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca
9. Sente-se confiante na vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca
10. Dorme bem e sente-se descansado	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca
11. Sente que está em Angola não para simplesmente para nele se adaptar, mas para transformá-lo	Muito frequentemente	<u>①②③④⑤⑥⑦</u>	Muito raramente ou nunca
12. Para construir o seu sonho	Muito		Muito

sente que tem agido coerentemente?	frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	raramente ou nunca
13. Sente que tem conseguido mudar o seu país para melhor?	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Muito raramente ou nunca
14. Sente-se capacitado para transformar o seu país para melhor?	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Muito raramente ou nunca
15. Classifica o seu estilo de vida: como saudável?	Muito frequentemente	①②③④⑤⑥⑦	Muito raramente ou nunca

Grupo 3

Pense agora na sua relação com dois tipos de cuidados para lidar com a doença em Angola: Os Serviços Médicos (hospital, centros médicos e clínicas) e o Tratamento Tradicional, que inclui práticas como o uso da Moringa, xandala e outros recursos a tratamentos ou pessoas que ajudam a tratar

Numa escala que vai de... ① muito fácil, ② fácil, ③ difícil, ④ muito difícil, ⑤ Não sabe/ não responde, em relação ao **Serviços médicos, (hospital, centro medico e clínicas e ao tratamento tradicional**

.... Quão fácil, diria, que é:	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe/Não responde	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe/Não responde
	Serviços médicos, (hospital, centro medico e clínicas)					Tratamento tradicional Naturalista				
1. "... encontrar informação sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?"	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤
2. "... encontrar informação sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?"	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤
3. "... descobrir o que fazer em caso de uma emergência medica?"	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤
4. "... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?"	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤
5. "... compreende o que seu médico lhe diz?"	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤
6. ... compreende a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤
7. "... compreende o que fazer numa emergência médica?"	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤

8. "... compreender instruções sobre o modo de tomar um medicamento receitado?"	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
9. "... avaliar como é que a informação oriunda do seu médico ou naturalista se aplica ao seu caso?"	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
10. "... vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?"	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
11. "... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico ou naturalista?"	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
12. "... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?" (por ex. TV, Internet, folheto informativo ou outros meios de comunicação)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
13. "... usar informação que lhe dão para tomar decisões sobre a sua doença?"	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
14. "... seguir instruções sobre a medicação	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤

Grupo 3 (continuação)						
.... Quão fácil, diria, que é:	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe/Não responde	
15. "... chamar uma ambulância ou socorro em caso de emergência?	①	②	③	④	⑤	
16. "... seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico	① ⑤	②	③	④		
17. "... encontra informações para gerir comportamentos que afetam a sua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?"	① ⑤	②	③	④		
18. "... encontrar informação para gerir problemas de saúde mental, tais como stresse"	① ⑤	②	③	④		
19. "... encontrar informações sobre vacinas e exames de	①	②	③	④		

saúde que devia fazer?” (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)	⑤
20. “... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto?”	① ② ③ ④ ⑤
21. “... compreende advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”	① ② ③ ④ ⑤
22. “... entender porque precisa de vacinas?”	① ② ③ ④ ⑤
23. “... entender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, Teste de açúcar no sangue, tensão arterial)”	① ② ③ ④ ⑤
24. “... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”	① ② ③ ④ ⑤
25. “... avaliar quando precisa de fazer check-up ou exame geral de saúde?”	① ② ③ ④ ⑤
26. “... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar	① ② ③ ④ ⑤
27. “... avaliar que exames de saúde precisa de fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão sanguíneas)”	① ② ③ ④ ⑤
28. “... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos média são de confiança? (por ex. TV, internet ou outros meios de comunicação)”	① ② ③ ④ ⑤
29. “... decidir se deve fazer vacinas que não constam no programa nacional de vacinação?”	① ② ③ ④ ⑤
30. “... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?”	① ② ③ ④ ⑤
31. “...decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação?”	① ② ③ ④ ⑤
32. “... encontrar informações sobre atividade saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?”	① ② ③ ④ ⑤
33. “... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada,	① ② ③ ④ ⑤

etc.)”	
--------	--

.... Quão fácil, diria, que é:	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe/Não responde
34. “... encontrar informações que indiquem como é que o seu bairro poderia ser mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruídos, poluição, lixos e águas paradas a criação de espaços verdes, de lazer)”	① ⑤	②	③	④	
35. “... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar saúde? (por ex. leis, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviço de saúde, etc.)”	① ⑤	②	③	④	
36. “... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no trabalho?”	① ⑤	②	③	④	
37. “... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?”	① ⑤	②	③	④	
38. “...compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?”	① ⑤	②	③	④	
39. “... compreender a informação oriundo dos meios de comunicação sobre a forma de se tornar mais saudável? (por ex. internet, jornais revistas	① ⑤	②	③	④	
40. “... compreender a informação que visa manter a mente saudável?”	① ⑤	②	③	④	
41. “... avaliar como o local onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar? (por ex. a sua comunidade, seu bairro)”	① ⑤	②	③	④	
42. “... avaliar como suas condições de habitação ajudam a permanecer saudável?”	① ⑤	②	③	④	
43. “... avaliar que comportamento diário está relacionando com a sua saúde? (por ex. beber álcool, hábitos alimentares, exercício etc.)”	① ⑤	②	③	④	
44. “... tomar decisão para melhorar a sua saúde?”	① ⑤	②	③	④	
45. “... entrar num clube de desporto ou aula de ginástica se desejar?”	① ⑤	②	③	④	

46. "... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de álcool, hábitos alimentares, exercícios etc.)"	① ② ③ ④ ⑤
47. "... participar nas atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?"	① ② ③ ④ ⑤

Grupo 4	
1. Como esta a tua saúde no geral? <input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Má <input type="radio"/> Muito má <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
2. Tem alguma doença de longa duração ou problema de saúde? (Por longo prazo, consideram-se problemas que duraram, ou espera que venham a durar, 6 meses ou mais) <input type="radio"/> Sim mais de uma <input type="radio"/> Sim uma <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
2b. Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde? (Por longo prazo, consideram-se problemas que duraram, ou espera que venham a durar, 6 meses ou mais.) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="radio"/> Não sabe/não responde <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Gota <input type="radio"/> Outro: </div> <div> <input type="radio"/> Cancro <input type="radio"/> Tensão alta <input type="radio"/> Outra, especifique qual </div> </div>	
2c. Tem alguém na sua família com uma doença de longa duração ou problema de saúde? (por longo prazo consideram-se problemas que duraram, ou espera que venham a durar, 6 meses ou mais) <input type="radio"/> Sim, mais de uma <input type="radio"/> Sim, uma <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
3. Nos últimos 6 meses (pelo menos), os seus problemas de saúde limitaram as atividades que habitualmente desenvolve? <input type="radio"/> Limitaram severamente <input type="radio"/> Limitaram, mas não severamente uma <input type="radio"/> Não limitaram <div style="text-align: center;"><input type="radio"/> Não sabe/não responde</div>	
4. Que tipo de sistema/seguro de saúde tem? <input type="radio"/> Publico (por ex. segurança social) <input type="radio"/> Publico e privado <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Nenhum <div style="text-align: center;"><input type="radio"/> Não sabe/não responde</div>	

	Serviços médicos, (hospital, centro medico e clínicas)					Tratamento tradicional Naturalista				
Grupo 5										
Quantas vezes...?	0 Vezes	1-2 Vezes	3-5 Vezes	6 Vezes ou +	Não sabe/Não responde	0 Vezes	1-2 Vezes	3-5 Vezes	6 Vezes ou +	Não sabe/Não responde
1. "... teve de recorrer a um serviço de urgência nos últimos 2 anos ou de medicina tradicional?	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤

2. "... foi ao médico nos últimos 12 meses ou ao naturalista (medicina tradicional)?	①	②	③	④	⑤		①	②	③	④	⑤
3. "... utilizou um serviço hospitalar ou ao naturalista (medicina tradicional) nos últimos 12 meses?	①	②	③	④	⑤		①	②	③	④	⑤
4. "... usou os serviços de outros profissionais de saúde, como fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, oculista ou naturalista (medicina tradicional) nos últimos 12 meses?"	①	②	③	④	⑤		①	②	③	④	⑤

Grupo 6) 1. Quanto a fumar cigarro, charutos ou cachimbo, qual das seguintes condições se aplica a si?

☐ Fuma atualmente ☐ Costumava fumar ☐ Nunca fumou ☐ Não sabe/não responde
Se a resposta foi "fuma atualmente", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta F

Usa os seguintes produtos do tabaco todos os dias, ocasionalmente ou nunca?

2. Cigarro manufaturados

☐ Todos os dias ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca ☐ Não sabe/não responde

3. Cigarros enrolados

☐ Todos os dias ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca ☐ Não sabe/não responde

4. Quantos cigarros por dia ☐ ☐

5. Há quantos anos fuma ☐ ☐

6. Considera que nos últimos 3 anos aumentou o consumo de cigarro ☐ Sim ☐ Não
☐ Não sabe/não responde

7. Faz planos para parar de fumar em breve (nos próximos 6 meses) ☐ Sim ☐ Não
☐ Não sabe/não responde

Grupo 7) 1. Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebida espirituosa, ou outras bebidas caseiras)?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não responde [APENAS UMA RESPOSTA]

Se a resposta foi "sim", responda às seguintes questões, Caso contrário siga para a pergunta G

2. Quantas vezes nos últimos 12 meses, você tomou cinco ou mais bebidas numa ocasião?

☐ Várias vezes por semana ☐ Uma vez por semana ☐ Uma vez por mês
☐ Menos do uma vez por mês ☐ Nunca ☐ Não sabe/não responde

3. Bebeu quaisquer bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebida espirituosas, cidra ou outras bebidas caseiras) nos últimos 30 dias? (APENAS UMA RESPOSTA)

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não responde [APENAS UMA RESPOSTA]

Se resposta foi "sim", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para pergunta G

4. Nos últimos 30 dias, quantas vezes bebeu qualquer bebida alcoólica? [Uma bebida=1 copo de vinho (15cl) ou 1 lata/garrafa de cerveja (33cl) ou espirituosa 4 cl]

☐ Diariamente ☐ 4-5 vezes por semana ☐ 2-3 vezes por semana

☐ Uma vez por semana ☐ 2-3 vezes por mês ☐ Uma vez

☐ Não me lembro/não responde

5. Quando bebe bebida alcoólica, quanto costuma beber?

☐ Menos de 1 bebida ☐ 1-2 bebidas ☐ 3-4 bebidas ☐ 7-9 bebidas
☐ 10 ou mais bebida ☐ Depende da altura (é espontâneo) ☐ Não me lembro/não responde

Grupo 8

1. Quantas vezes durante o último mês praticou atividade física durante 30 minutos ou mais, por exemplo corrida, caminhada, ciclismo?

☐ Quase todos os dias ☐ Algumas vezes por semana ☐ Algumas vezes este mês
☐ Nunca ☐ Não tenho sido capaz

2. Tem alguém da família ou um amigo para o acompanhar a uma consulta médica?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não responde

3. Está envolvido ativamente na sua comunidade, por exemplo, fazendo voluntariado ou participando em atividade física?

☐ Quase todos os dias ☐ Alguns vezes por semana ☐ Algumas vezes por mês
☐ Algumas vezes por ano ☐ Não estou envolvido ☐ Não me lembro/não responde

Grupo 9)

1. Qual é o seu género ☐ Masculino ☐ Feminino

2. Qual a sua data de nascimento? _____ dia _____ mês _____ ano

3. Qual é a sua altura? (Aproximadamente em cm) _____ cm

4. Quanto pesa? (Aproximadamente em Kg) _____ Kg

5. Qual é o seu estado civil?

☐ Não casado/o ☐ Casado/a ☐ Separado/a/divorciado/a ☐ Viúva/o ☐ Não sabe/não responde

6. Qual é a sua situação de vida atual?

☐ Solteiro/vive só ☐ Vive junto/ vida conjugal partilhada
☐ Em um relacionamento sério, mas não vive juntamente ☐ Não sabe/não responde

7. Tem filhos?

☐ Sim com menos de 15 anos ☐ Sim com mais de 15 anos ☐ Não tenho filhos
☐ Não sabe/não responde

8. Qual é o seu nível de educação mais elevado que concluiu com êxito (geralmente através da obtenção de um certificado ou diploma)?

☐ Nível 0 (pré-escolar)
☐ Nível 1 (educação primária ou primeiro nível da educação básica)
☐ Nível 2 (ciclo ou segunda etapa da educação básica)
☐ Nível 3 (ensino secundário)
☐ Nível 4 (bacharelato/primeira fase do ensino superior)
☐ Nível 5 (licenciatura/segunda fase do ensino superior)
☐ Nível 6 (doutoramento ou formação pós-graduada)
☐ Não sabe/não responde

9. Como descreve a sua condição principal atual perante o trabalho?

☐ Tem um emprego ou profissão, um estágio de aprendizagem paga etc. ☐ Empregada doméstica
☐ De tempo integral ☐ Outros

<input type="radio"/> De part-time/ tempo parcial <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Estudante <input type="radio"/> Na reforma	<input type="radio"/> Não responde
10. Quantas horas trabalha, em média, por semana (junte todas as atividades lucrativa desenvolvidas)? <input type="radio"/> <input type="radio"/> H	
11. Quanto tempo gasta por dia em deslocação de e para o seu local de trabalho (junte o tempo gasto relativamente a todas as atividades lucrativas desenvolvidas)? <input type="radio"/> <input type="radio"/> Minutos	
12. Tem formação ou já trabalhou em alguma profissão de saúde, por exemplo em enfermagem, medicina, farmácia <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
13. Como descreve a sua condição principal atual perante o trabalho <input type="radio"/> Muito satisfeito <input type="radio"/> Satisfeita <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Insatisfeita <input type="radio"/> Muita insatisfeita <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
14. Como descreve a sua condição perante a família? <input type="radio"/> Muito satisfeito <input type="radio"/> Satisfeita <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Insatisfeita <input type="radio"/> Muita insatisfeita <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
15. Como descreve a sua condição perante a sua situação financeira? <input type="radio"/> Muito satisfeito <input type="radio"/> Satisfeita <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Insatisfeita <input type="radio"/> Muita insatisfeita <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
16. Como descreve a sua situação perante as suas condições de habitação? <input type="radio"/> Muito satisfeito <input type="radio"/> Satisfeita <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Insatisfeita <input type="radio"/> Muita insatisfeita <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
17. Como descreve as suas condições de habitação? <input type="radio"/> Com jardim e piscina <input type="radio"/> Degrada, WC e cozinha em mau estado <input type="radio"/> Espaço para todos <input type="radio"/> Imprópria <input type="radio"/> Bem conservada, com eletrodomésticos <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
18. Sente dificuldade relaxar e desfrutar do seu tempo livre? <input type="radio"/> Muitas vezes <input type="radio"/> Por vezes <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
19. Sente-se só? <input type="radio"/> Muitas vezes <input type="radio"/> Por vezes <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
20. Dá ou recebe carinho e afeto? <input type="radio"/> Muitas vezes <input type="radio"/> Por vezes <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
21. Sente-se tenso e/ou sob pressão? <input type="radio"/> Muitas vezes <input type="radio"/> Por vezes <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
22. Sente-se triste e deprimido? <input type="radio"/> Muitas vezes <input type="radio"/> Por vezes <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Não sabe/não responde	
23. Tem com quem falar dos assuntos que são importantes para si <input type="radio"/> Quase sempre <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Quase nunca	
24. Tem com quem conversar sobre temas de sexualidade (parceiro/a, familiares, amigos, etc) <input type="radio"/> Quase sempre <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Quase nunca	
25. Usa substâncias psicoativas ilegais tais como cocaína, ecstasy, etc. <input type="radio"/> Quase sempre <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Quase nunca	
26. Comparando com a sua situação há 3 anos usa agora mais substâncias psicoativas (tais como tabaco ou álcool ou cocaína, heroína, ecstasy, etc.). <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não responde	

27. Como condutor de carro, bicicleta/ mota, respeita as regras de transito inclusive sem o uso do telemóvel
☐ Quase sempre ☐ Às vezes ☐ Quase nunca

28. Na escala seguinte, o nível “**1**” corresponde ao nível mais baixo na sociedade o nível “**10**” corresponde a “mais alto nível na sociedade”. Poderia dizer em que nível se colocaria a si mesmo?
Nível mais baixo na sociedade **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Nível mais alto na sociedade ☐ Não sabe/não responde

29. Qual é o rendimento líquido do seu agregado familiar por mês?
☐ Menos de 10.000Kz ☐ Entre 10.000 e 20.000Kz ☐ Entre 20.000 e 30.000Kz ☐ Entre 30.000 e 40.000Kz
☐ Entre 40.000 e 50.000Kz ☐ Entre 50.000 e 60.000Kz ☐ Entre 60.000 e 70.000Kz ☐ Entre 70.000 e 80.000Kz
☐ Entre 80.000 e 90.000Kz ☐ Entre 90.000 e 100.000Kz ☐ 100.000Kz ou mais ☐ Não sabe/não responde

30. Hora em que terminou o inquérito ☐ h Data (dia, mês, ano) ☐ ☐ ☐

31. Endereço/ Região: _____

32. Local (cidade/vila/aldeia) _____

33. Email* _____

34. Contato telefónico* _____

- A sua informação é confidencial. Devido aos critérios de qualidade a sua informação de e-mail ou contato telefónico garantirão que a informação corresponde realmente a si. Agradecemos que nos ajude a garantir elevados padrões de qualidade neste estudo. Nenhuma informação aqui contida será cedida a terceiros sendo tratada exclusivamente no quadro deste estudo.
- No caso de facultar o seu e-mail assinala a seguir receberá os resultados deste inquérito ☐

Estamos ao seu dispor se tiver alguma dúvida através do e-mail soniadoloresricardo@gmail.com ou tlm +351 938124627; saboga@ensp.unl.pt ou tlm +351914747066. Agradecemos sua colaboração (Orientador: Luis Saboga Nunes). Projecto de Investigação acção ©, LSN – TS, 2017

Obrigado pela sua participação!

Anexo 2. Estatística Descritiva da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 1. Tabela de frequência de acordo com o género.....	105
Tabela 2. Tabela de frequência de acordo com a idade recodificada	105
Tabela 3. Tabela de frequência de acordo com o nível de educação	105
Tabela 4. Tabela de frequência de acordo com o rendimento	106
Tabela 5. Tabela de frequência do indicador “necessita da ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia”	106
Tabela 6. Tabela de frequência do indicador “como está a sua saúde no geral”	106
Tabela 7. Tabela de frequência do indicador “pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde”	107
Tabela 8. Tabela de frequência do consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses	107
Tabela 9. Tabulação cruzada do Género x LS	107
Tabela 10. Tabulação cruzada da LS com a idade recodificada	108
Tabela 11. Tabulação cruzada do Nível de educação X LS	108
Tabela 12. Tabulação cruzada do Rendimento X LS	109
Tabela 13. Tabulação cruzada do indicador G.1.15. X LS”	110
Tabela 14. Tabulação cruzada do indicador G.4.1. X LS”	111
Tabela 15. Tabulação cruzada do indicador G.4.2b. X LS	111
Tabela 16. Tabulação cruzada do indicador G.7.1. X LS	112
Tabela 17. Tabela de frequência “...encontrar informação sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?”	112
Tabela 18. Tabela de frequência “...encontrar informação sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?”	112
Tabela 19. Tabela de frequência “... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?”	113
Tabela 20. Tabela de frequência “descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?”	113
Tabela 21. Tabela de frequência “... compreende o que seu médico lhe diz?”	113
Tabela 22. Tabela de frequência “... compreende a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?”	113
Tabela 23. Tabela de frequência “... compreende o que fazer numa emergência médica?”	114
Tabela 24. Tabela de frequência “... compreender instruções sobre o modo de tomar um medicamento receitado?”	114
Tabela 25. Tabela de frequência “... avaliar como é que a informação oriunda vinda do seu médico ou naturalista se aplica ao seu caso?”	114
Tabela 26. Tabela de frequência “... vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?”	114
Tabela 27. Tabela de frequência “... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico ou naturalista?”	114
Tabela 28. Tabela de frequência “... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?” (por ex. TV, Internet, etc.)	115
Tabela 29. Tabela de frequência “... usar informação que lhe dão para tomar decisões sobre a sua doença?”	115
Tabela 30. Tabela de frequência “... seguir instruções sobre a medicação?”	115

Tabela 1. Tabela de frequência de acordo com o gênero

		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Masculino	50	32,5	32,7	32,7
	Feminino	103	66,9	67,3	100,0
	Total	153	99,4	100,0	
Ausente	Sistema	1	,6		
Total		154	100,0		

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 2. Tabela de frequência de acordo com a idade recodificada

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	15-24 anos	38	24,7	25,5	25,5
	25 - 44 anos	92	59,7	61,7	87,2
	45 - 64 anos	16	10,4	10,7	98,0
	+ 65 anos	3	1,9	2,0	100,0
	Total	149	96,8	100,0	
Omisso	,00	5	3,2		
Total		154	100,0		

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 3. Tabela de frequência de acordo com o nível de educação

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Pré-escolar	2	1,3	1,3	1,3
	1º Nível da educação básica	5	3,2	3,2	4,5
	2º Nível da educação básica	18	11,7	11,7	16,2
	Ensino secundário	78	50,6	50,6	66,9
	Bacharelado	24	15,6	15,6	82,5
	Licenciatura	24	15,6	15,6	98,1
	Doutoramento	3	1,9	1,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 4. Tabela de frequência de acordo com o rendimento

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
lido	Menor que 1 Ordenado	33	21,4	21,4	21,4
	De 1 a 2 Ordenados	26	16,9	16,9	38,3
	De 2 a 3 Ordenados	25	16,2	16,2	54,5
	De 3 a 4 Ordenados	19	12,3	12,3	66,9
	De 4 a 5 Ordenados	17	11,0	11,0	77,9
	Maior que 5 Ordenados	13	8,4	8,4	86,4
	Não sabe/Não responde	21	13,6	13,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 5. Tabela de frequência do indicador “necessita da ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas ou outros materiais do seu médico ou farmácia”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	25	16,2	16,2	16,2
	2,0	14	9,1	9,1	25,3
	3,0	28	18,2	18,2	43,5
	4,0	6	3,9	3,9	47,4
	5,0	11	7,1	7,1	54,5
	6,0	22	14,3	14,3	68,8
	7,0	48	31,2	31,2	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 6. Tabela de frequência do indicador “como está a sua saúde no geral”

		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Muito boa	2	1,3	1,3	1,3
	Boa	30	19,5	19,5	20,8
	Razoável	93	60,4	60,4	81,2
	Má	12	7,8	7,8	89,0
	Muito má	4	2,6	2,6	91,6
	Não sabe/não responde	13	8,4	8,4	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 7. Tabela de frequência do indicador “pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Lido	Não sabe / Não responde	98	63,6	64,5	64,5
	Diabetes	14	9,1	9,2	73,7
	Gota	5	3,2	3,3	77,0
	Cancro	3	1,9	2,0	78,9
	Tensão Alta	21	13,6	13,8	92,8
	Outra	11	7,1	7,2	100,0
	Total	152	98,7	100,0	
Omisso	Sistema	2	1,3		
Total		154	100,0		

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 8. Tabela de frequência do consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	51	33,1	33,1	33,1
	Não	80	51,9	51,9	85,1
	Não sabe ou não responde	23	14,9	14,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 9. Tabulação cruzada do Género x LS

		LS Baixa	LS Alta	Total	
Género	Feminino	Contagem	66	13	79
		% em Género	83,5%	16,5%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	72,5%	61,9%	70,5%
	Masculino	Contagem	25	8	33
		% em Género	75,8%	24,2%	100,0%
		% em LS Alta/ Baixa	27,5%	38,1%	29,5%
	Total	Contagem	91	21	112
		% em Género	81,3%	18,8%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 10. Tabulação cruzada da LS com a idade recodificada

			LS Baixa	LS Alta	Total
Id_rec	15-24 anos	Contagem	19	10	29
		% em Id_rec	65,5%	34,5%	100,0%
	25 - 44 anos	Contagem	60	11	71
		% em Id_rec	84,5%	15,5%	100,0%
	45 - 64 anos	Contagem	11	0	11
		% em Id_rec	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Contagem	90	21	111	
	% em Id_rec	81,1%	18,9%	100,0%	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 11. Tabulação cruzada do Nível de educação X LS

			LS Baixa	LS Alta	Total
Nível de Educação	1º Ciclo Básico	Contagem	5	0	5
		% em Nível de Educação	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	5,4%	0,0%	4,4%
	2º Ciclo Básico	Contagem	15	0	15
		% em Nível de Educação	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	16,3%	0,0%	13,3%
	Ensino Secundário	Contagem	47	11	58
		% em Nível de Educação	81,0%	19,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	51,1%	52,4%	51,3%
	Bacharelado	Contagem	13	5	18
		% em Nível de Educação	72,2%	27,8%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	14,1%	23,8%	15,9%
	Licenciatura	Contagem	9	5	14
		% em Nível de Educação	64,3%	35,7%	100,0%
		% em LS Bom / Baixa	9,8%	23,8%	12,4%
	Doutoramento	Contagem	3	0	3
		% em Nível de Educação	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	3,3%	0,0%	2,7%
Total		Contagem	92	21	113
		% em Nível de Educação	81,4%	18,6%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 12. Tabulação cruzada do Rendimento X LS

		LS Baixa	LS Alta	Total	
Ordenado Mínimo	Menor que 1 Ordenado	Contagem	20	6	26
		% Ordenado Mínimo	76,9%	23,1%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	25,3%	35,3%	27,1%
	De 1 a 2 Ordenados	Contagem	18	2	20
		% Ordenado Mínimo	90,0%	10,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	22,8%	11,8%	20,8%
	De 2 a 3 Ordenados	Contagem	12	2	14
		% Ordenado Mínimo	85,7%	14,3%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	15,2%	11,8%	14,6%
	De 3 a 4 Ordenados	Contagem	12	2	14
		% Ordenado Mínimo	85,7%	14,3%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	15,2%	11,8%	14,6%
	De 4 a 5 Ordenados	Contagem	10	4	14
		% Ordenado Mínimo	71,4%	28,6%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	12,7%	23,5%	14,6%
	Maior que 5 Ordenados	Contagem	7	1	8
		% Ordenado Mínimo	87,5%	12,5%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	8,9%	5,9%	8,3%
Total	Contagem		79	17	96
	% Ordenado Mínimo		82,3%	17,7%	100,0%
	% em LS Alta / Baixa		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 13. Tabulação cruzada do indicador G.1.15. X LS”

			LS Mau	LS Alta	Total
G.1.15. Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	Muito frequentemente	Contagem	17	2	19
		% em Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	89,5%	10,5%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	18,5%	9,5%	16,8%
	2,0	Contagem	6	4	10
		% em Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	60,0%	40,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	6,5%	19,0%	8,8%
	3,0	Contagem	25	1	26
		% em Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	96,2%	3,8%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	27,2%	4,8%	23,0%
	4,0	Contagem	3	0	3
		% em Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	3,3%	0,0%	2,7%
	5,0	Contagem	8	2	10
		% em Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	80,0%	20,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	8,7%	9,5%	8,8%
	6,0	Contagem	13	3	16
		% em Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	81,3%	18,8%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	14,1%	14,3%	14,2%
	Muito raramente/ Nunca	Contagem	20	9	29
		% em Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	69,0%	31,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	21,7%	42,9%	25,7%
Total		Contagem	92	21	113
		% em Necessita de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outras matérias do seu médico ou farmácia?	81,4%	18,6%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 14. Tabulação cruzada do indicador G.4.1. X LS"

			LS Baixa	LS Alta	Total
G.4.1. Como está a sua saúde em geral?	Muito Boa	Contagem	2	0	2
		% em Como está a sua saúde em geral?	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta/ Baixa	2,4%	0,0%	1,9%
	Boa	Contagem	16	7	23
		% em Como está a sua saúde em geral?	69,6%	30,4%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	19,5%	33,3%	22,3%
	Razoável	Contagem	54	13	67
		% em Como está a sua saúde em geral?	80,6%	19,4%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	65,9%	61,9%	65,0%
	Má	Contagem	7	1	8
		% em Como está a sua saúde em geral?	87,5%	12,5%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	8,5%	4,8%	7,8%
	Muito Má	Contagem	3	0	3
		% em Como está a sua saúde em geral?	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	3,7%	0,0%	2,9%
Total	Contagem		82	21	103
	% em Como está a sua saúde em geral?		79,6%	20,4%	100,0%
	% em LS Alta / Baixa		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 15. Tabulação cruzada do indicador G.4.2b. X LS

			LS Baixa	LS Alta	Total
G.4.2b. Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde?	Diabetes	Contagem	2	0	2
		% em Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde?	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	8,7%	0,0%	8,0%
	Gota	Contagem	4	0	4
		% em Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde?	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	17,4%	0,0%	16,0%
	Cancro	Contagem	3	0	3
		% em Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde?	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	13,0%	0,0%	12,0%
	Tensão Alta	Contagem	14	2	16
		% em Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde?	87,5%	12,5%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	60,9%	100,0%	64,0%
Total	Contagem		23	2	25
	% em Pode especificar qual é a doença de longa duração ou problema de saúde?		92,0%	8,0%	100,0%
	% em LS Alta / Baixa		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 16. Tabulação cruzada do indicador G.7.1. X LS

			LS Baixa	LS Alta	Total
G.7.1. Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebida espirituosa, ou outras bebidas caseiras)?	Sim	Contagem	26	9	35
		% em Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebida espirituosa, ou outras bebidas caseiras)?	74,3%	25,7%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	33,8%	52,9%	37,2%
	Não	Contagem	51	8	59
		% em Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebida espirituosa, ou outras bebidas caseiras)?	86,4%	13,6%	100,0%
		% em LS Alta / Baixa	66,2%	47,1%	62,8%
Total	Contagem		77	17	94
	% em Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebida espirituosa, ou outras bebidas caseiras)?		81,9%	18,1%	100,0%
	% em LS Alta / Baixa		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabelas relacionadas a Medicina Tradicional

Tabela 17. Tabela de frequência "...encontrar informação sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?"

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 1,0	13	8,4	8,4	8,4
2,0	56	36,4	36,4	44,8
3,0	61	39,6	39,6	84,4
4,0	11	7,1	7,1	91,6
5,0	13	8,4	8,4	100,0
Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 18. Tabela de frequência "...encontrar informação sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?"

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem válida
Válido 1,0	17	11,0	11,0	11,0
2,0	49	31,8	31,8	42,9
3,0	54	35,1	35,1	77,9
4,0	19	12,3	12,3	90,3
5,0	15	9,7	9,7	100,0
Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 19. Tabela de frequência "... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem válida
Válido	1.0	7	4.5	4.5	4.5
	2.0	24	15.6	15.6	20.1
	3.0	68	44.2	44.2	64.3
	4.0	28	18.2	18.2	82.5
	5.0	27	17.5	17.5	100.0
	Total	154	100.0	100.0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 20. Tabela de frequência "descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem válida
Válido	1.0	11	7.1	7.1	7.1
	2.0	43	27.9	27.9	35.1
	3.0	55	35.7	35.7	70.8
	4.0	28	18.2	18.2	89.0
	5.0	17	11.0	11.0	100.0
	Total	154	100.0	100.0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 21. Tabela de frequência "... compreende o que seu médico lhe diz?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	20	13,0	13,0	13,0
	2,0	46	29,9	29,9	42,9
	3,0	41	26,6	26,6	69,5
	4,0	21	13,6	13,6	83,1
	5,0	26	16,9	16,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 22. Tabela de frequência "... compreende a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	5	3,2	3,2	3,2
	2,0	25	16,2	16,2	19,5
	3,0	54	35,1	35,1	54,5
	4,0	32	20,8	20,8	75,3
	5,0	38	24,7	24,7	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 23. Tabela de frequência "... compreende o que fazer numa emergência médica?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	6	3,9	3,9	3,9
	2,0	23	14,9	14,9	18,8
	3,0	60	39,0	39,0	57,8
	4,0	38	24,7	24,7	82,5
	5,0	27	17,5	17,5	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 24. Tabela de frequência "... compreender instruções sobre o modo de tomar um medicamento receitado?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	21	13,6	13,7	13,7
	2,0	46	29,9	30,1	43,8
	3,0	32	20,8	20,9	64,7
	4,0	25	16,2	16,3	81,0
	5,0	29	18,8	19,0	100,0
	Total	153	99,4	100,0	
Ausente	Sistema	1	,6		
Total		154	100,0		

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 25. Tabela de frequência "... avaliar como é que a informação oriunda vinda do seu médico ou naturalista se aplica ao seu caso?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	15	9,7	9,7	9,7
	2,0	51	33,1	33,1	42,9
	3,0	42	27,3	27,3	70,1
	4,0	26	16,9	16,9	87,0
	5,0	20	13,0	13,0	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 26. Tabela de frequência "... vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	15	9,7	9,7	9,7
	2,0	52	33,8	33,8	43,5
	3,0	36	23,4	23,4	66,9
	4,0	27	17,5	17,5	84,4
	5,0	24	15,6	15,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 27. Tabela de frequência "... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro medico ou naturalista?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	13	8,4	8,4	8,4
	2,0	49	31,8	31,8	40,3
	3,0	46	29,9	29,9	70,1
	4,0	23	14,9	14,9	85,1
	5,0	23	14,9	14,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 28. Tabela de frequência "... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?" (por ex. TV, Internet, etc.)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	8	5,2	5,2	5,2
	2,0	29	18,8	18,8	24,0
	3,0	58	37,7	37,7	61,7
	4,0	29	18,8	18,8	80,5
	5,0	30	19,5	19,5	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 29. Tabela de frequência "... usar informação que lhe dão para tomar decisões sobre a sua doença?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	20	13,0	13,0	13,0
	2,0	47	30,5	30,5	43,5
	3,0	37	24,0	24,0	67,5
	4,0	23	14,9	14,9	82,5
	5,0	27	17,5	17,5	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu

Tabela 30. Tabela de frequência "... seguir instruções sobre a medicação?"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1,0	21	13,6	13,6	13,6
	2,0	48	31,2	31,2	44,8
	3,0	42	27,3	27,3	72,1
	4,0	20	13,0	13,0	85,1
	5,0	23	14,9	14,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fonte: estudo descritivo da amostra da população do Huambo de etnia ovimbundu